BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE

D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

TOME V

Publié par les soins du Comité : MM. CHATELLIER, MIOT, RUAULT, MÉNIÈRE, *trésorier-archiviste*, MOURA, *secrétaire*.

Fascicule I



PARIS

A. DELAHAYE ET E. LECROSNIER, ÉDITEURS

23 — PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE — 23

1888

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE

D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

SESSION ORDINAIRE

Séance du jeudi 27 octobre 1887.

ORDRE DU JOUR

1° Election du Président.

M. Gouguenheim, président de la session générale d'avril 1887, déclare la session ouverte et invite MM. les membres présents à procéder à l'élection du président de la présente session.

MM. Garrigou-Désarènes et Moure ayant, après quatre scrutins secrets, réuni le même nombre de voix, M. Garrigou-Désarènes est élu, comme doyen d'âge.

Avant de céder le fauteuil au nouveau président, M. Gouguenheim remercie ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en le nommant président et de la marque de confiance et de sympathie qu'ils lui ont témoignée.

Présidence de M. Garrigou-Désarènes.

2° Admission de membres nouveaux.

Le Comité, dit M. le Président, vous propose, chers et honorés collègues, d'accorder le titre de membre titulaire à MM. les docteurs :

1° Lannois, agrégé de la Faculté de Lyon, présenté par MM. Garel et Gellé;

2° Archambaud (Raymond), de Paris, présenté par MM. Fauvel et Joal;

3° Luc, de Paris, présenté par MM. Ruault et Moure;

4° Cartaz, de Paris, présenté par MM. Ruault et Moure;

5° Wagnier, de Lille, présenté par MM. Moure et Moura;

6° Rolland, médecin de l'Hôtel-Dieu de Montréal pour la clinique laryngologique des enfants, présenté par MM. Baratoux et Moura;

7° Farges, médecin à Cauterets, présenté par MM. Gouguenheim et Moura.

L'assemblée, à l'unanimité, vote leur admission.

M. le Président donne ensuite la parole à M. Lannois.

LÉSIONS DE L'APPAREIL AUDITIF ET TROUBLES PSYCHIQUES,

Par le Dr **M. LANNOIS**, agrégé à la Faculté de Lyon.

Je désire vous entretenir un instant d'une série de recherches que j'ai entreprises sur les rapports qui existent entre les maladies de l'appareil auditif et les troubles psychiques, notamment les hallucinations. Malheureusement j'ai été surpris au milieu de mon travail par l'annonce de votre réunion et je ne puis vous apporter de résultats complets et définitifs.

Une évolution s'accomplit depuis quelques années dans le domaine de la pathologie mentale. A côté de ceux qui croient encore que la mémoire et l'imagination jouent le principal rôle, le rôle essentiel, dans les affections psychiques et les vésanies, le nombre augmente tous les jours des auteurs qui attribuent une part prépondérante, dans la genèse des hallucinations et des troubles mentaux, aux altérations organiques les plus diverses. « On doit bien se persuader, disait M. A. Voisin, en 1876, dans ses *Leçons cliniques sur les maladies mentales,* que la folie a le plus souvent une origine somatique, » et depuis cette époque de nombreuses observations confirmatives de cette opinion ont été publiées.

Si cette assertion est vraie, comme je le crois pour ma part, et si les folies sensorielles sont aujourd'hui indiscutables, on peut dire *à priori* que les lésions de l'organe de l'ouïe doivent avoir une valeur étiologique de premier ordre, et cela pour les deux raisons suivantes : l'importance du fonctionnement normal de l'audition au point de vue intellectuel et la prépondérance des troubles subjectifs de l'ouïe dans les maladies de l'oreille.

Sans remonter, en effet, jusqu'à Théophraste et à Plutarque qui disaient déjà que l'ouïe est de tous les sens celui qui donne le plus facilement entrée aux passions, on peut dire que la plupart des psychologues modernes sont d'accord sur ce point : c'est l'ouïe qui nous fournit les notions de l'ordre le plus élevé, les idées abstraites. L'intelligence reste toujours un peu restreinte chez ceux qui n'entendent pas la parole, chez beaucoup de sourds-muets par exemple, et c'est en se plaçant à ce point de vue que M. Ball a pu formuler cet axiome : « L'ouïe est le plus intellectuel de tous les sens. »

Aussi bien l'état mental des sourds a-t-il depuis longtemps attiré l'attention des observateurs. Vous connaissez tous ces malades qui se plaignent amèrement de leur état mental, de leur incapacité cérébrale, de l'impuissance dans laquelle ils se trouvent de faire le moindre effort, le moindre travail de tête, dont l'intelligence est voilée, dont la mémoire se perd, dont le caractère s'aigrit et qui finissent par devenir un fardeau pour leur entourage comme pour eux-mêmes. Tous les otologistes ont décrit cet état dont un tableau aussi net qu'instructif se trouve dans le livre classique de M. Gellé. Souvent on voit survenir des accès, soit de lypémanie (V. Tröltsch), soit d'agitation maniaque, surtout chez les enfants, comme MM. Bouchut, Ménière, Gellé, etc., en ont signalé et comme M. Pierret m'en citait encore récemment un exemple.

La simple privation du sens si important de l'ouïe peut-elle suffire pour produire par elle-même la déséqui-

libration des facultés intellectuelles et amener la vésanie? La chose ne paraît pas impossible, mais je crois qu'il faut surtout faire intervenir ici les sensations subjectives qui jouent un si grand rôle dans la pathologie auriculaire. Ce n'est pas un paradoxe en effet de dire que les sensations subjectives, et au premier rang les bourdonnements avec leurs modalités si diverses, sont plus importantes de beaucoup que la surdité elle-même. Il faut y ajouter la possibilité du vertige de Ménière et parfois même les crises convulsives plus ou moins complètes de l'épilepsie *ab aure lœsâ.*

Si les bruits subjectifs se produisent chez un sujet sain, l'intelligence réforme plus ou moins rapidement l'erreur sensorielle. Ce serait ici le cas de citer tous les exemples de grands hommes ayant eu des hallucinations, comme Socrate conversant avec son démon familier, comme le Tasse, comme Tartini écrivant sa fameuse sonate sous la dictée du diable. En dehors de ces faits classiques, je pourrais rappeler le prof. Urbantschisch entendant plusieurs jours de suite le chant du grillon tandis qu'il était à la campagne et ne s'apercevant de son erreur qu'à son retour à la ville; l'histoire d'une malade de la thèse d'agrégation de mon ami Weill, qui, demeurant à côté d'une gare, croyait à chaque instant entendre siffler des trains; ou encore l'erreur du médecin qui, préoccupé d'un de ses clients, croit entendre sa sonnette de nuit et est obligé de l'aller regarder pour s'assurer qu'elle n'a pas tinté, etc. Il y a là quelque chose d'analogue aux faits si intéressants qui ont été décrits sous le nom d'hallucinations hypnagogiques.

On n'est pas nécessairement fou parce qu'on a des hallucinations de l'ouïe, et vous savez combien cette question a soulevé d'ardentes discussions. Qu'il me soit permis de citer ici un fait bien connu et qui vient à l'appui de ma thèse : c'est celui des hallucinations de Luther. Luther qui toute sa vie discuta avec le diable, qui entendait l'esprit malin casser des noix et rouler

des tonneaux dans les escaliers, Luther fut toute sa vie tourmenté par des vertiges et des bourdonnements d'oreilles extrêmement pénibles qu'il décrit avec beaucoup d'énergie (bombus, tinitus, sonnitus) et qui le mettaient dans un tel état qu'il leur eût préféré toutes les maladies y compris la gale; il eut à de nombreuses reprises des abcès dans les oreilles et lorsqu'il mourut il y avait longtemps qu'il était presque complètement sourd.

Mais au lieu d'un sujet sain, supposez un individu prédisposé, soit héréditairement, soit par une cause de débilitation quelconque, et les sensations subjectives auriculaires vont prendre chez lui un développement exagéré ; notre malade va devenir un délirant persécuté.

Cette étude des rapports des maladies de l'oreille avec les troubles psychiques, pour n'avoir pas beaucoup passionné jusqu'à ce jour, n'est pas cependant sans avoir tenté quelques observateurs. En France on peut dire que la première notion en revient à M. Calmeil, qui observa le premier cas d'hallucinations unilatérales et établit ainsi l'intervention sensorielle dans la production de l'hallucination et de la folie, intervention que l'on trouve d'ailleurs indiquée comme nécessaire dans l'*Essai sur les Hallucinations* (1836) d'un médecin de l'Antiquaille, Bottex : pour lui, en effet, on pourrait guérir certaines aliénations mentales en faisant disparaître l'affection locale « qui les avait occasionnées ou entretenues ». Les guérisons, si bien connues de vous, obtenues par le traitement local d'une affection de l'oreille par Régis, Ball, Mabille, Rhyss-Williams, etc., sont venues confirmer victorieusement cette manière de voir. Sans vouloir faire un historique complet, je citerai dans le même ordre d'idées quelques passages de la thèse d'agrégation d'Alb. Robin et une excellente thèse, inspirée par M. le prof. Pierret, soutenue à Lyon par M. P. Robin (1884). Quant au mémoire de M. Luys, en 1875, il est conçu dans un ordre d'idées tout différent, puisque l'auteur cherche

surtout quelle peut être l'influence de l'aliénation mentale sur le développement de la surdité.

A l'étranger, je n'aurai garde d'oublier, en Angleterre, Toynbee et Catlett; en Allemagne, Koppe et Schwartze qui, en 1866, à Halle, recherchèrent l'influence des sensations subjectives de l'ouïe sur le développement de l'aliénation mentale; et Schläger et Jaffe qui, en 1870, examinèrent avec Gruber 31 aliénés atteints d'affections de l'oreille chez lesquels 27 fois la lésion de l'oreille avait précédé le trouble psychique. Il faut citer plus récemment un mémoire du prof. Fürstner.

C'est à une série de recherches analogues que je me suis livré, à l'asile de Bron, dans le service du prof. Pierret que je suis heureux de remercier ici de ses précieux conseils et de sa bienveillance à mon égard. Le nombre des aliénées que j'ai examinées s'élève à 45, qu'il faut diviser en deux catégories très nettes : 1° les malades manifestement sourdes; 2° les malades qui m'étaient données comme simplement hallucinées.

Le premier groupe comprend 19 malades : sur ce nombre j'en ai trouvé 4 qui étaient sourdes sans hallucinations, et 15 avec hallucinations. La surdité dans ces cas était variable, mais toujours assez forte : comme lésions, à côté des scléroses de la caisse, toujours les plus fréquentes, j'ai trouvé des lésions très dissemblables : une otorrhée chronique, des plaques calcaires, une adhérence du tympan au promontoire, etc. Ces cas viennent seulement confirmer un fait bien connu, à savoir, que les sourds peuvent avoir des hallucinations : depuis longtemps on en cite des exemples dont le plus fameux est celui de Beethoven; on peut y ajouter cet ecclésiastique de Calmeil qui croyait que l'archange Saint Michel venait lui dicter des sermons et des vers et ce musicien de Tröltsch qui entendait toujours la même sonate, son premier succès.

Le deuxième groupe me paraît plus important. Il s'agissait là de malades considérées comme de simples

hallucinées ou que j'ai examinées dès leur entrée pour connaître l'état de l'audition chez elles. Il comprend 26 cas; sur ce nombre j'en ai trouvé 14 qui avaient des lésions de l'oreille et 12 chez lesquelles les hallucinations existaient sans trouble de la fonction et de l'appareil de l'ouïe.

Ainsi donc, dans *plus de la moitié des cas* j'ai trouvé des lésions auditives chez les hallucinées; c'est un chiffre auquel, je l'avoue, j'étais loin de m'attendre. Je tiens donc essentiellement à faire remarquer que c'est un chiffre provisoire et que j'ai eu affaire à une catégorie spéciale de malades, à des femmes. Je continue cette recherche et il se peut que je n'aie eu affaire qu'à une série. Mais il me sera cependant permis de faire remarquer que même avec cette restriction ce chiffre est considérable. Comment peut-on se l'expliquer? De deux manières : d'abord la notion de la folie sensorielle n'est pas encore suffisamment entrée dans la pratique courante pour qu'on examine avec soin dans tous les cas les divers organes des sens. Mais c'est une raison insuffisante pour les services où les examens sont rigoureux et je n'ai pas besoin de dire que celui qui m'a été ouvert est dans ce cas. La seconde raison doit être cherchée dans ce fait que les malades dont je parle présentent dans la grande majorité des cas des symptômes de dépression et de lypémanie : ils ont souvent la tête obstinément baissée, ne regardent pas le médecin qui les interroge, ne répondent pas à ses questions : on met ce mutisme sur leur état psychique alors que cela tient simplement à ce qu'ils n'ont pas entendu. D'autre part vous savez avec quelle facilité une surdité moyenne ou unilatérale peut passer inaperçue.

Chez ces malades comme chez ceux de la première catégorie j'ai trouvé des lésions très diverses, et sur les 14 cas en question je n'en ai trouvé qu'un où la lésion fût unilatérale; elle était d'ailleurs légère.

La question importante serait maintenant de déterminer

laquelle a débuté, de la lésion de l'oreille ou de l'affection mentale : il faut reconnaître que le plus souvent la tâche est difficile. J'ai cependant pu déterminer plusieurs fois avec certitude que l'affection auditive était antérieure. C'était le cas par exemple de la nommée Bin..., chez laquelle la surdité a débuté brusquement, en 1880, à la suite d'un refroidissement, tandis que les troubles psychiques qui la firent renfermer quelques mois après se montrèrent seulement en 1881. Elle entend des voisins qui viennent l'injurier toutes les nuits et présente une sclérose très nette des deux caisses avec perte de l'audition de la montre même au contact; après l'ablation d'un bouchon de cérumen quelques éances des cathétérismes lui rendirent 15 à 20 cent. d'audition (montre), et aujourd'hui elle va mieux; les hallucinations nocturnes paraissent moins fréquentes. Une nommée Gaut..., qui présente du délire de persécution avec excitation maniaque et qui a des hallucinations des deux côtés, eut, en 1880, des douleurs d'oreilles très vives avec maux de dents et s'introduisit dans l'oreille gauche une fleur de camomille qui y était encore au moment de mon examen et que je retirai. Depuis cette époque, surdité assez nette, bourdonnements, etc.; or, les premières manifestations psychiques n'ont paru qu'un an après. Une nommée Frar..., atteinte de délire religieux avec des périodes où elle a des impulsions irrésistibles, présente une surdité considérable qui remonte à l'âge de huit ans, époque à laquelle on essaya de lui pratiquer une autoplastie pour fissure de la voûte palatine. Une autre, Delc..., est dans le même cas et, depuis une variole, à l'âge de six ans, a eu de fréquentes otites suppurées. Lev... a eu la fièvre typhoïde à dix-huit ans et depuis cette époque elle est sourde (la lésion semble nerveuse) et mégalomane.

Je pourrais en ajouter d'autres, mais ces exemples me paraissent suffisants et je me réserve d'ailleurs de les publier tous ultérieurement en détail.

Comment établir et expliquer la relation entre les trou-

bles mentaux et la lésion de l'oreille? A vrai dire, la chose est difficile, et la question n'a pas encore été résolue d'une façon satisfaisante : dans certains cas, la lésion de l'appareil auditif a déterminé du côté du cerveau ou de ses enveloppes, des lésions secondaires grossières. En dehors de ces faits, on a invoqué une augmentation de la pression intra-cérébrale (Fürstner), des troubles réflexes ou des actes d'inhibition, etc. Le plus souvent, il ne s'agit là que de vues de l'esprit et, au risque de restreindre la question, je crois pour ma part devoir attribuer un rôle prépondérant aux sensations subjectives agissant sur un cerveau prédisposé et faussement interprétées par lui. Un malade a pendant longtemps un ou plusieurs de ces bruits qu'on a comparés au bruissement de l'eau bouillante, au mugissement d'une chute d'eau, au bourdonnement d'un essaim d'abeilles ou d'une coquille appliquée contre l'oreille, au bruit du vent sur les feuilles, au tintement d'une petite cloche ou à la vibration d'une grosse cloche, au roulement d'un train, au bruit d'un moulin, au chant d'un grillon ou d'une cigale, etc., etc.; et, au début, il les apprécie à leur juste valeur. Mais bientôt l'interprétation délirante fera son apparition : les bruits de pas lui feront peur, les murmures deviendront des chuchotements, des mots inarticulés, des injures ou des menaces. Un pas de plus, les mots se groupent et forment des phrases, et, si notre malade les écoute longtemps sans rien dire, il peut arriver cependant qu'un jour il réponde, et dès lors le monologue est remplacé par le dialogue; et celui-ci fera place lui-même à cet état singulier, qui est le summum de l'hallucination et qu'on appelle le dédoublement de la personnalité. Et cela parce qu'il existe des relations évidentes entre le centre de la perception auditive et les foyers de la parole, entre le centre des images des mots et les centres de l'articulation, entre le centre des souvenirs auditifs et des centres plus élevés encore de l'idéation, et que, l'affaiblissement intellectuel aidant, on

conçoit facilement la possibilité d'irradiation des uns sur les autres.

Le trouble intellectuel, je le répète encore, est essentiel dans la production du phénomène, et la lésion de l'oreille ne joue que le rôle de cause déterminante : sans cela toutes les lésions irritatives du nerf acoustique devraient donner des hallucinations.

J'ai pu récemment observer un cas qui me semble absolument confirmer cette manière de voir. Il s'agissait d'une jeune fille de douze ans, habitant un village de l'Ardèche, grande pour son âge et bien développée, réglée depuis près d'un an, mais irrégulièrement. Elle est absolument sourde et on ne peut correspondre avec elle que par l'écriture. La surdité se serait installée lentement depuis quatre ou cinq ans; elle n'a fait aucune maladie à cette époque, et la mère n'indique, comme maladie de l'enfance, que la rougeole et la variole (?) bénigne. Cette fille répond nettement aux questions qu'on lui écrit et ne paraît présenter aucun trouble intellectuel. Elle entend mon diapason à un ou deux centimètres de l'oreille et la transmission osseuse n'est pas abolie. Elle a des bourdonnements presque continus, ressemblant à un ronflement ou à un bruit de cascade. *Elle entend des voix*, et cela dans une seule circonstance : elle aime beaucoup la lecture, réfléchit à ce qu'elle a lu, et entend alors une voix qui lui dit nettement ses propres pensées. Étonné de trouver des troubles aussi accusés à un âge aussi peu avancé, j'interrogeai le père; j'appris qu'il avait été aliéné et enfermé à deux reprises dans un asile; la seconde fois il y avait fait un séjour de neuf mois. N'est-ce pas là la clef du mystère, et n'est-on pas autorisé à porter un pronostic fâcheux pour l'avenir de cette enfant si, comme cela est à craindre, on n'apporte pas remède à l'état si grave de ses deux appareils auditifs?

Je sais bien qu'on me reprochera de faire dans tout ceci une confusion entre les *hallucinations* et les *illusions*, l'hallucination étant la perception d'une sensation sans

objet extérieur, tandis que l'illusion est une erreur sur une sensation réellement existante. L'halluciné de l'ouïe entend des sons qui ne se sont pas produits, l'illusionné entend un vrai bruit, mais se trompe sur sa signification. C'est ce que Lasègue, avec son rare bonheur d'expression, a traduit en disant : « L'illusion est à l'hallucination ce que la médisance est à la calomnie. L'illusion s'appuie sur la réalité, mais elle la brode. L'hallucination invente de toutes pièces; elle ne dit pas un mot de vrai.» En réalité, lorsqu'on descend dans la pratique, la différenciation est souvent bien difficile : j'applique un diapason sur le front de Lev..., et immédiatement celle-ci se met à rire, car le diapason lui a dit qu'elle avait raconté tout à l'heure des «bêtises», et elle entre en conversation avec lui. Jolly prétend avoir déterminé de véritables hallucinations chez des aliénés en leur appliquant sur les oreilles les pôles d'une pile. M. Ball, dans ses *Leçons sur les maladies mentales*, a d'ailleurs réfuté cette objection et est arrivé à cette conclusion qu'« il n'existe aucune différence fondamentale entre les hallucinations et les illusions »; pour lui la plus grande partie, sinon la totalité des hallucinations, ne sont que des illusions internes. Je renvoie à son livre pour la démonstration.

On s'est aussi retranché derrière un faux-fuyant en cherchant des distinctions subtiles et arbitraires entre les hallucinations par lésion organique et les hallucinations considérées comme pures. Les hallucinations organiques, a-t-on dit, sont moins intenses et moins compliquées; ce sont des cris inarticulés, des lambeaux de phrases plus ou moins incohérentes. Les hallucinations vraies, au contraire, sont beaucoup plus compliquées et développées; elles sont en rapport constant avec la forme du délire et se développent toujours dans le sens de celui-ci. C'est une opinion de ce genre qu'a soutenue M. A. Robin. Les faits démontrent que si cette différenciation est juste dans un grand nombre de cas, et surtout lorsqu'on considère l'hallucination d'origine auditive

chez des individus à cerveau relativement sain, elle est sujette à de nombreuses exceptions. Il me suffira de rappeler le cas déjà cité de Régis, dans lequel le malade avait des hallucinations limitées au côté où il portait une vieille otorrhée : l'hallucination avait bien ici atteint son maximum, puisqu'on volait au malade ses pensées pour les lui répéter et qu'il en était arrivé au phénomène de l'écho et au dédoublement de la personnalité. Je suis convaincu que plusieurs de mes malades étaient dans le même cas.

La statistique encore incomplète que j'ai produite et les faits que j'ai signalés ont une grande importance, on le conçoit, au point de vue de la théorie générale des hallucinations. Ils sont en faveur de la théorie de l'hallucination sensorielle et périphérique, mais seulement dans une certaine mesure ; car, en tenant compte de l'atteinte nécessaire, héréditaire ou acquise, des facultés intellectuelles, on se trouve ramené à la théorie mixte psycho-sensorielle de Baillarger, Il va de soi que toutes les hallucinations de l'ouïe ne sont pas fatalement liées à une lésion de l'oreille elle-même : j'ai cité plus haut une série d'hallucinées chez lesquelles les fonctions auditives étaient normales. Par contre, on peut concevoir sans difficulté que l'appareil auditif considéré dans son ensemble, depuis sa partie la plus périphérique jusqu'au centre de la mémoire des mots et de l'idéation, puisse être lésé à l'un quelconque de ses étages (nerf, bulbe, fibres intra-cérébrales, écorce, fibres d'association des divers centres), et donner lieu ainsi à des troubles hallucinatoires plus ou moins compliqués. Le fait, quoique hypothétique à l'heure actuelle, est cependant vraisemblable.

Je n'ai pas parlé du traitement parce que je voulais seulement aujourd'hui vous apporter une statistique. D'ailleurs, personne ne met en doute qu'on puisse guérir une hallucination en supprimant sa cause. Il est cependant important de se hâter, car c'est au début seulement

qu'on aura des chances de réussir. Plus tard, la psychose est installée, les modifications dans les cellules ont pris pied et rien ne les fera plus disparaître. Il est curieux de noter à ce point de vue la possibilité de l'irradiation hallucinatoire; le trouble psychique d'abord limité au côté malade dans le cas de lésion unilatérale devient double même alors que l'oreille de l'autre côté reste indemne. J'en ai vu un exemple. Une malade, la nommée Vin...(Jeannette), a une sclérose légère du côté droit, avec une surdité assez nette que le cathétérisme a d'ailleurs améliorée; pendant longtemps elle a eu des hallucinations limitées à droite, et elle faisait à chaque instant avec la main le geste de chasser les gens qui venaient la tourmenter, en parlant près de son oreille droite. Aujourd'hui les hallucinations se sont généralisées, et elle entend des voix des deux côtés : l'ébranlement psychique s'est transmis d'un hémisphère à l'autre, et les troubles psychiques ne paraissent plus devoir céder. Il est donc important d'intervenir au début.

De cette communication préliminaire et encore incomplète, je crois pouvoir déjà tirer les deux conclusions suivantes :

1° Les lésions de l'oreille sont fréquentes chez les aliénés et, dans un nombre de cas qui reste à déterminer, elles jouent un rôle important dans la production des hallucinations et des troubles psychiques;

2° En présence d'un malade atteint d'hallucinations de l'ouïe, il faut toujours examiner les oreilles, car, dans le cas d'examen positif, un traitement approprié et pratiqué en temps opportun est capable d'amener la guérison.

DISCUSSION

M. Boucheron. — Je dois me ranger à l'opinion de notre collègue M. Lannois. Après les oreillons, un certain nombre d'affections de l'oreille ne sont pas, en effet, labyrinthiques.

Il faut en général être très sobre du diagnostic : *affection labyrinthique pure* ; les examens histologiques récents en montrent de plus en plus la rareté. Presque toujours il s'agit d'*affections mixtes* dont l'aboutissant est une lésion labyrinthique, mais dont le point de départ, reconnu ou non, est une affection de la trompe ou de la caisse et la compression ultérieure du labyrinthe.

Quand le nerf acoustique a été, en effet, violemment ou longtemps comprimé, il se trouve anesthésié et il ne réagit à aucune excitation, ni par l'air, ni par les os. Et cependant, après la décompression, *faite avant la dégénérescence*, la fonction peut revenir.

Toutes les explorations connues jusqu'ici, même celle de Rinne, indiquent seulement que le nerf fonctionne ou ne fonctionne pas. S'il ne fonctionne pas, aucune méthode exploratrice ne peut indiquer s'il y a anesthésie totale ou s'il y a lésion irrémédiable.

La même chose existe pour le glaucome de l'œil ; la fonction visuelle peut disparaître totalement par compression, et réapparaître après la décompression.

M. Boucheron cite le cas d'une jeune fille chez laquelle les troubles cérébraux ont été arrêtés par le traitement. Il y avait chez elle diminution de l'ouïe et trouble de l'équilibre, en même temps qu'elle entendait des bruits divers ; la compression du nerf s'était étendue au cerveau, et produisait le trouble mental. Une insufflation d'air fit disparaître immédiatement ces phénomènes.

M. Moure s'étonne de la disparition aussi rapide des phénomènes observés chez la malade de M. Boucheron, après un simple Politzer. Il demande si M. Boucheron a fait l'examen fonctionnel de l'ouïe, s'il a pu faire l'expérience de Rinne.

M. Boucheron. — Après quelques séances d'insufflations, l'ouïe redevint normale. Mais, au moment de l'accès aigu de mélancolie, l'état du sujet s'opposait à tout examen subjectif

sérieux de l'oreille, ainsi que l'a observé également M. Lannois. L'audition de la voix était assez diminuée pour que dans les phrases prononcées hautement et tout près, il n'y eût que quelques mots de compris.

ÉPIGLOTTITE ŒDÉMATEUSE CIRCONSCRITE PRIMITIVE
(*Angine épiglottique postérieure*).

Par le Dr ALBERT RUAULT
Médecin-adjoint de l'institution nationale des Sourds-Muets, chargé du service de la Clinique laryngologique.

Madame L..., âgée de vingt-six ans, ménagère, vint me consulter à ma clinique, dans le courant du mois de mars 1886, pour une affection de la gorge. Cette personne se plaignait d'une douleur coïncidant avec le deuxième temps de la déglutition, aussi bien lorsqu'elle avalait un aliment solide qu'un liquide ou même sa salive; et d'une sensation de gêne permanente, attribuée par la malade à «une boule qu'elle aurait eue dans le gosier». Cette sensation de corps étranger était assez gênante pour troubler le sommeil, sans toutefois causer de suffocation ni de strangulation. Ces symptômes s'étaient montrés quelques jours auparavant à la suite d'un refroidissement, et étaient devenus beaucoup plus intenses depuis l'avant-veille. La malade ne toussait pas, et l'examen de la poitrine ne faisait rien constater d'anormal; la voix était claire, il n'y avait pas de fièvre, l'appétit était bon et l'état général satisfaisant. Madame L... m'apprit que depuis l'âge de dix ou douze ans, elle avait toujours eu la gorge sensible, et qu'à plusieurs reprises déjà elle avait ressenti des symptômes analogues à ceux dont elle se plaignait actuellement, quoique bien moins accusés, mais elle ne put se rappeler s ces attaques antérieures étaient survenues à la suite de refroidissements. Elles avaient duré de quinze jours à trois semaines ou un peu plus, et avaient toujours abouti à une complète guérison. La santé était généralement bonne, et dans le passé pathologique de cette dame, on ne relevait absolument rien

qu'une variole à l'âge de dix ans, et une métrite survenue il y avait deux ans environ et qui n'était pas encore tout à fait guérie. L'examen de la gorge permit de constater que le pharynx présentait quelques varicosités, et des granulations adénoïdes disséminées, en petit nombre. Les parties latérales de la paroi postérieure du pharynx et les piliers postérieurs ne présentaient rien d'anormal. Les piliers antérieurs étaient manifestement plus rouges, mais sans tuméfaction. Les amygdales, peu développées, n'étaient nullement malades. A l'aide du miroir laryngien, je pus constater que les parties profondes du pharynx étaient également saines, ainsi que la plus grande partie du larynx, sauf l'épiglotte. En effet, la face laryngienne de celle-ci était occupée en entier par une tumeur arrondie, hémisphérique, à surface lisse et brillante, de couleur rose pâle, comme translucide, sillonnée de quelques varicosités. Comme l'épiglotte était procidente pendant la respiration et ne se relevait qu'au moment de la phonation, on voyait aisément que sa face antérieure était tout à fait saine, et que la tumeur commençait exactement à la lèvre postérieure du bord libre. Pendant les efforts de phonation, l'épiglotte se relevait suffisamment pour qu'on pût voir à certains moments l'angle antérieur des cordes vocales, et constater que la tumeur allait se confondre avec le tubercule de Czermak, sans dépasser cette région. Cette tumeur semblait nettement dépressible sous la sonde, et l'exploration avec le doigt, très facile en raison de la grande tolérance du pharynx et de l'absence totale de reflexes, donnait des renseignements analogues. Le toucher de la tumeur n'était pas douloureux.

En résumé, la tumeur offrait, objectivement, l'apparence d'un kyste de l'épiglotte exceptionnellement volumineux. Les symtômes, toutefois, ne s'accordaient pas complètement avec ceux qu'on observe d'ordinaire en pareil cas il n'y avait pas de toux, pas de timbre sombré de la voix ; de plus, indépendamment de la sensation de corps étranger, il y avait au moment de la déglutition des phénomènes douloureux insolites ; enfin la marche rapide des accidents m'étonnait un peu. Néanmois, comme la tumeur elle-même n'était

pas sensible, j'attribuai la douleur ressentie en avalant à l'inflammation légère dont les piliers antérieurs étaient le siège, et m'arrêtai au diagnostic de kyste du larynx déjà ancien, qui avait vraisemblablement augmenté rapidement de volume depuis quelques jours, sous l'influence d'une angine concomitante arrivée maintenant à sa période de déclin. En conséquence, je me décidai à proposer immédiatement l'opération, et je plongeai profondément au point culminant de la tumeur un couteau laryngien ; mais, à mon grand étonnement comme à celui des assistants, elle ne s'affaissa pas, et la plaie ne laissa échapper que quelques gouttes de sérosité et une très petite quantité de sang. Sans nul doute il ne s'agissait pas d'un kyste. La petite opération ayant été très douloureuse, au dire de la malade, je prescrivis un gargarisme morphiné et priai Madame L... de revenir me voir dans quelques jours.

Lorsque je revis la malade, il n'existait aucune trace de la ponction que j'avais pratiquée. L'épiglotte avait absolument le même aspect qu'au moment de mon premier examen ; et la malade se plaignait toujours des mêmes symtômes. J'avais évidemment affaire à une tuméfaction œdémateuse, de nature inflammatoire; à une épiglottite œdémateuse circonscrite primitive, à marche subaiguë. Je pratiquai sur la région malade, après anesthésie par la cocaïne, une demi-douzaine de pointes de feu assez profondes à l'aide du galvano-cautère. Moins de huit jours après, la tuméfaction avait diminué de moitié, et une seconde application de pointes de feu fut pratiquée. La semaine suivante, l'épiglotte paraissait tout à fait normale; la sensation de corps étranger et la douleur à la déglutition avaient disparu. D'ailleurs le traitement galvanocaustique n'avait été suivi d'aucune réaction, et l'amélioration avait été presque immédiate. Le 17 avril, la malade vint me montrer son larynx pour la dernière fois, et je constatai que la guérison s'était maintenue.

Cette observation m'a paru intéressante à plusieurs points de vue. L'histoire des œdèmes du larynx nous apprend, en effet, que les laryngites œdémateuses primiti-

ves, aiguës ou subaiguës, ne sont pas d'ordinaire limitées à l'épiglotte, et surtout à une des faces de cet opercule. Les exceptions à cette règle doivent être fort rares, bien que Voltolini ait observé, et Michel (de Cologne) décrit, sous le nom d'angine épiglottique antérieure, une affection œdémateuse de nature inflammatoire qui atteint la face linguale de l'épiglotte. Mais elle ne se circonscrit pas toujours à cette région, et deux fois sur six Michel a constaté en même temps l'immobilité de la peau du cou sur le cartilage thyroïde, et de la sensibilité à la pression de la région antérieure du cou, comme s'il se fût agi d'une angine de Ludwig au début. Quant à la maladie dont je viens de citer une observation, et qu'il faudrait appeler *angine épiglottique postérieure* si l'on en signalait de nouveaux cas, je n'en connais pas d'autre exemple, et M. Charazac, dans son excellent travail sur l'œdème du larynx, ne mentionne aucun fait de ce genre. Les épiglottites consécutives à des brûlures produites par des liquides bouillants, observées surtout par les auteurs anglais chez des enfants ayant bu au bec de la théière, s'accompagnent d'œdème, mais généralement l'épiglotte est œdémateuse en totalité, et cet œdème s'étend toujours aux replis ary-épiglottiques. Il en est de même dans l'épiglottite phlegmoneuse, maladie rare, dont M. Frédet a publié en 1883 une intéressante observation. Toutefois, l'examen laryngoscopique est si rarement pratiqué chez les malades semblant atteints d'angines inflammatoires légères, qu'on est en droit de se demander si une observation plus attentive ne pourrait pas permettre de constater de temps en temps des faits analogues à celui que je viens de rapporter. Il faudrait alors éviter de commettre l'erreur dans laquelle je suis tombé moi-même, et, malgré l'aspect de la lésion, ne pas se hâter de conclure à l'existence d'un kyste épiglottique. La marche de la maladie, et surtout la *douleur* à la déglutition, constitueraient les éléments les plus importants du diagnostic différentiel. On devrait également se rappeler que les

kystes épiglottiques sont d'ordinaire de dimensions moindres, et siègent plutôt près du bord libre. Les résultats très satisfaisants que j'ai obtenus du traitement galvanocaustique m'engagent à le recommander, en pareil cas, de préférence à tout autre.

DISCUSSION

M. Aysaguer demande si le malade n'était pas atteint de syphilis.

M. Moure demande si l'examen des urines a été fait. Quelques auteurs et particulièrement M. Fauvel ayant signalé l'existence d'œdèmes circonscrits dans le larynx chez les brightiques, cet examen pourrait avoir un certain intérêt.

M. Ruault dit qu'il n'y avait pas trace de syphilis; quant à l'examen des urines, il ne l'a pas fait.

M. Vacher a observé un cas dans lequel l'épiglotte avait triplé de volume; le sujet, une femme, avait avalé quatre grammes de teinture d'iode; l'emploi de la glace et des gargarismes firent disparaître l'œdème aigu.

M. Fauvel.— Dans les œdèmes du larynx que j'ai observés, les malades étaient atteints de la maladie de Bright et moururent phtisiques.

M. Gouguenheim a cherché fréquemment l'œdème du larynx chez les brightiques et ne l'a jamais rencontré. En présence du succès de la médication, il partage l'opinion de M. Ruault sur la nature de la maladie, d'autant plus que les angines aiguës s'accompagnent assez fréquemment d'œdème de la luette ayant les mêmes apparences que celui de l'épiglotte décrit par notre collègue, M. Ruault.

L'observation de M. Fauvel me paraît intéressante et juste,

car j'ai vu plus d'une fois des inflammations plus ou moins aiguës, d'origine syphilitique, devenir le point de départ de la tuberculose.

SURDITÉS BILATÉRALES ET UNILATÉRALES COMPLÈTES A LA SUITE DES OREILLONS. — 4 OBSERVATIONS,

Par le Dr E. MÉNIÈRE

A la session d'avril 1885 j'ai lu deux observations de surdité unilatérale complète survenue dans le cours des oreillons. A cette époque j'avais eu l'occasion d'en voir cinq cas. Depuis j'en ai observé quatre autres, dont deux de surdité unilatérale et deux de surdité bilatérale :

Obs. I. — M. R..., jeune garçon de douze ans, de bonne santé apparente; aucune diathèse dans la famille. A l'âge de sept ans il a contracté les oreillons pendant une légère épidémie qui régnait dans son pays. La maladie a été d'emblée assez forte. Le double gonflement des régions parotidiennes a été très marqué, avec une forte fièvre pendant les deux premiers jours. On s'est aperçu le septième jour que l'oreille gauche n'entendait pas. Aucune complication n'a été remarquée par le médecin. On ne voit pas de lésions apparentes de l'organe. La surdité est absolue et n'a jamais varié.

Obs. II. — Mlle A. S..., fillette de huit ans, de santé délicate, lymphatique, sans autres antécédents diathésiques. Les parents sont fort bien portants et ont deux autres filles. Cette malade a eu les oreillons après ses deux sœurs. Chez celles-ci la maladie a suivi un cours normal, tandis que A. S... a été fort souffrante; la fièvre a duré plus de trois jours, et l'enfant a accusé quelques bruits dans les oreilles.

On ne s'est aperçu de la surdité de l'oreille droite que le neuvième jour. Depuis cette époque rien ne s'est modifié.

J'arrive maintenant aux deux derniers faits qui présentent un certain intérêt :

Obs. III. — M. H. K..., d'origine suisse, quatorze ans, de très bonne santé habituelle. Les parents sont solides et vigoureux. Ce jeune homme a eu dans sa première enfance quelques légères convulsions nettement vues par la mère, dans une même semaine, à trois reprises différentes. La famille affirme, de la manière la plus formelle, que l'enfant a toujours admirablement entendu jusqu'à l'âge de huit ans.

En avril 1880, après un jour de malaise seulement, l s oreillons se montrent accompagnés d'une fièvre intense, qui dura près de trois jours. Le troisième jour le malade eut un violent mal de tête, qui ne prit fin que le lendemain. Le quatrième jour, au réveil, on constata une surdité absolue, qui ne s'est jamais modifiée depuis cette époque.

L'examen des oreilles est négatif.

Obs. IV. — M. M. C..., grand garçon de vingt-deux ans, assez vigoureux, m'est adressé en septembre 1887, par mon honorable confrère le Dr Ficatier, de Bar-le-Duc. La famille de ce jeune homme se décide à demander si on peut guérir cette surdité, qui remonte à l'âge de cinq ans.

A cette époque (1870), après soixante-dix-sept jours de maladie, il a eu les oreillons, qui se sont nettement déclarés le dimanche. La maladie a été de moyenne intensité. Le vendredi suivant, le matin, les parents se sont aperçus que l'enfant n'entendait plus rien. Impossibilité de se faire entendre, même en criant aux oreilles. A l'âge de sept ans, il a eu ensuite une scarlatine assez forte, sans complications auriculaires, et enfin, à quinze ans, une fièvre cérébrale très grave, qui a fait craindre pour sa vie.

Examiné avec soin, je n'ai pu découvrir la moindre lésion dans l'appareil auditif.

— Je viens de vous soumettre, aussi succinctement mais aussi exactement que possible, la relation de quatre nouveaux faits.

D'après les auteurs, le nombre des observations est peu considérable, mais j'estime que beaucoup de ces cas passent inaperçus pour les médecins peu au courant de l'otologie.

Les cas de surdité ne sont pas considérables proportionnellement au nombre des personnes atteintes par les oreillons; mais cette proportion, quelque faible qu'elle soit, serait assez utile à connaître.

Après maintes recherches faites dans divers ouvrages, je n'ai pu trouver la relation de l'autopsie d'un malade dont la surdité complète était due aux oreillons.

L'anatomie pathologique, seule, pourrait nous donner la clef de ces lésions actuellement incurables.

Nous ne pouvons discuter ici que des hypothèses, et toutes ont été faites; il est donc inutile d'en retracer le tableau.

Pour ma part, tout en admettant la possibilité d'une affection labyrinthique, je crois que le plus souvent il existe une hyperhémie méningée entraînant à sa suite des lésions graves du nerf auditif à ses origines ou dans son trajet.

Je tiens à faire remarquer que le jeune enfant de l'Obs. III a eu une fièvre intense pendant trois jours, et au troisième jour des douleurs de tête si violentes, que le médecin a cru un instant à des accidents méningitiques.

Le lendemain les symptômes graves avaient disparu, et la surdité était absolue des deux côtés.

Quant à la prédisposition individuelle admise par certains auteurs, je ne puis ni ne veux la nier; mais ce que j'affirme, c'est que dans les neuf cas qu'il m'a été donné d'observer, les parents ont été aussi explicites que possible sur le bon état de l'audition avant les oreillons.

Les otologistes, malheureusement, sont rarement consultés par les familles au début de la surdité. Ils ne peuvent donc mettre en œuvre des indications variées, probablement inefficaces, mais donc le résultat reste ainsi dans le domaine des hypothèses.

DISCUSSION

M. Lannois ne croit pas que les lésions soient univoques. Il y a une observation de Toynbee, dans laquelle il y avait une hémorragie du labyrinthe. Dans un cas qu'il a publié lui-même dans la *Revue de Médecine* (1882), il a aussi conclu à une fluxion labyrinthique analogue à celle qui se produit sur le testicule par exemple. Toutefois il a vu récemment chez un enfant de quatorze ans, qui, cinq ans auparavant, avait été atteint d'oreillons, une double sclérose de la caisse sans diminution bien marquée de l'audition, et il est certain que les parents ne se sont aperçus de cette diminution que quelques semaines après les oreillons. A moins d'une simple coïncidence, il faut bien admettre que les oreillons n'attaquent pas toujours le même point de l'appareil auditif.

M. Moure demande à M. Lannois s'il pense qu'une otite scléreuse puisse se développer en l'espace de quelques jours comme on l'observe à la suite des oreillons et amener une surdité aussi complète que celle constatée dans ces cas. Dans tous les faits publiés jusqu'à ce jour, et dans tous ceux qu'il a signalés ou observés, M. Moure dit qu'il s'agissait *bien nettement* d'une affection labyrinthique sur la nature de laquelle il était difficile de se prononcer. S'agissait-il de métastases, de microbes, d'hémorragies? On ne peut que faire des hypothèses.

M. Lannois ne dit pas qu'il n'y ait eu affection labyrinthique dans le cas qu'il a publié avec son ami, M. le Dr Lemoine. Il a constaté la surdité incomplète à la suite des oreillons. Il y avait audition à deux centimètres chez son malade.

M. Boucheron insiste sur la réserve avec laquelle il faut établir le diagnostic d'une affection labyrinthique.

M. Ménière, à propos de ces surdités complètes, signale un cas qu'il a observé il y a quelques jours. Un jeune enfant

de neuf ans, dont l'audition était normale, ayant quitté la maison paternelle à midi est entré en classe à une heure. Pendant la classe, le professeur lui adressa la parole et l'enfant ne répondant pas fut puni pour son manque d'attention. Rentré chez lui, cet enfant raconta à ses parents qu'en classe il avait éprouvé quelques bourdonnements et n'avait pas entendu un mot de ce que lui disait son maître. Il y a un an que le fait s'est produit et l'audition se trouve perdue.

GOMME SYPHILITIQUE DE LA FACE INTERNE DE L'AILE DU NEZ,

Par le Dr E. J. MOURE.

Presque tous les auteurs qui se sont occupés de la syphilis signalent la forme nasale de cette affection, et l'on peut affirmer sans crainte que ce sont surtout les manifestations tertiaires de cette diathèse qui ont été le mieux et le plus complètement décrites. Ce n'est point le moment de faire un long historique de la question, qui a été déjà traitée, sous toutes ses faces dans notre pays par des autorités incontestées en ces matières ; car il me suffira de citer les noms de MM. Fournier, Lancereaux, Ch. Mauriac et Jullien pour n'avoir pas besoin d'insister davantage sur ce point de la question.

Tous les syphiligraphes s'accordent sur la fréquence des manifestations tertiaires observées sur la muqueuse nasale et tous également décrivent en détail la forme ulcéreuse de l'affection, « l'ozène syphilitique », comme disent la plupart.

Quelques-uns discutent pour savoir si l'altération débute par la muqueuse, ou par les parties profondes (cartilages, os) ; d'autres insistent sur la gravité et la marche rapide des lésions, les pertes de substance considérables qu'elles déterminent. Lancereaux (1), Morell-

(1) Traité de la syphilis, Paris 1866, p. 505.

Mackensie (1), J. Moure (2), Jullien (3), Trousseau (4), rapportent des exemples d'expulsion de la cloison, du vomer, de l'ethmoïde, du sphénoïde (Baratoux) (5).

Les altérations du tégument externe lui-même ont été savamment décrites. En résumé, c'est presque toujours la forme ulcéreuse que l'on avait en vue, tandis que la véritable tumeur gommeuse passait souvent inaperçue, soit que le malade ne vienne consulter son médecin que beaucoup trop tard, alors que l'ulcération s'est produite; soit, ce qui est plus probable, que la lésion débute le plus souvent par les couches profondes, par le squelette, pour s'étendre ensuite, avec plus ou moins de rapidité, à la surface en détruisant la charpente de l'organe olfactif, à moins qu'un traitement approprié ne vienne enrayer le mal. Enfin, il est bien établi pour tous les observateurs que les lésions de la syphilis nasale tertiaire occupent de préférence, et souvent même d'une façon exclusive, la cloison des fosses nasales pour gagner ensuite les parties adjacentes.

Autant les altérations de cette région, ou de l'intérieur du nez, sont communes, autant au contraire sont rares les manifestations occupant la paroi externe et surtout la face interne des ailes du nez. C'est pour ces différents motifs que j'ai cru intéressant de vous communiquer l'observation suivante :

Observation. — M[me] G. S., âgée de vingt-huit ans, marchande, vient me consulter à la clinique au mois de septembre de cette année pour un enchifrènement qu'elle éprouve depuis quelque temps du côté gauche.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose; sa mère et ses frères sont bien portants.

(1) Traité pratique des maladies syph. (Trad. française, p. 231.)
(2) Mannel des maladies des fosses nasales, p. 127, Paris, 1886.
(3) Traité pratique des mal. vénériennes. Paris 1886, p. 850.
(4) Clin. méd. Paris 1868. T. I.
(5) Revue mens. de laryng. 1883, p. 225.

Antécédents morbides. — Pneumonies à douze et à quinze ans. A vingt-quatre ans elle aurait eu ce qu'elle appelle un « dépôt de lait », caractérisé par une éruption sur la face et sur le corps. Sa jambe droite aurait été particulièrement malade. Elle fut soignée à cette époque par M. le professeur Verneuil, et renvoyée guérie.

Il nous a été impossible d'avoir des renseignements plus exacts, d'autant plus que nous craignions par notre insistance d'exciter les soupçons de la malade, mariée et mère de famille.

La maladie actuelle aurait débuté deux mois avant de venir nous voir, par des élancements dans le côté gauche de la tête et un peu de gonflement de l'aile du nez du côté gauche, qui ne gênait pourtant pas encore la respiration. Soignée alors par son médecin habituel, *elle fut soumise à un traitement ioduré* et localement fit usage de pommade iodée.

Les symptômes ne diminuèrent pas et la malade fatiguée cessa bientôt son traitement; le gonflement augmenta et bientôt apparut sur la face interne de l'aile du nez une tumeur qui obstruait à peu près complètement la narine et dont la malade ne peut nous donner la description exacte.

Mais à ce moment apparut aussi un écoulement séropurulent, sanieux même quand la malade essayait de se moucher. Les douleurs de tête redoublèrent; l'œil gauche larmoyait de temps à autre.

Le médecin traitant, consulté de nouveau, parla de polype et proposa l'extirpation du néoplasme.

C'est alors que Madame G..., essentiellement peureuse, affolée à l'idée d'une opération, vint me trouver à la clinique le 1er septembre.

A ce moment je constate d'abord que la respiration est impossible par la narine gauche. Le nez est légèrement tuméfié à l'extérieur et un peu rouge; en écartant légèrement l'aile du nez on aperçoit, à l'entrée, une saillie rougeâtre fongueuse à sa surface; sur la face supéro-interne, existe une ulcération grisâtre, à bords anfractueux, légèrement taillés à pic. Cette tumeur, qui part du bord interne de l'aile

du nez, s'étend en arrière à environ deux centimètres. Elle est implantée sur une large surface, ayant une forme demisphérique, et le volume d'une noisette. Sa consistance est dure, rénitente, elle saigne facilement aux moindres attouchements avec le porte-ouate garni.

Pas d'engorgement ganglionnaire spécial.

Vu l'âge de la malade, malgré le siège insolite de la lésion et l'absence d'antécédents diathésiques nets, je prescris un sirop bi-ioduré (formule Gibert modifiée) et des lavages à l'eau boriqués.

Le 6 septembre. — Les névralgies faciales et la tension douloureuse de la face ont disparu. La respiration nasale se fait déjà un peu, l'ulcération se déterge, le gonflement semble moins considérable.

Le 9 septembre. —La tumeur a presque totalement disparu, mais la sécrétion muco-purulente persiste. L'examen de la cavité nasale, impossible jusqu'alors, révèle l'existence d'une ulcération légèrement fongueuse au niveau de la cloison ; il existe même un séquestre que j'essaie, mais en vain, de mobiliser complètement. La malade continue son traitement ; je prescris une deuxième irrigation phéniquée.

15 septembre.—Il n'existe que les traces de la lésion de l'aile du nez. J'enlève avec la pince une partie du séquestre. Le fragment qui reste est éliminé quelques jours après par l'injection.

20 septembre. — La malade peut être considérée comme guérie. Je la revois du reste le 4 octobre ; elle a cessé son sirop depuis plusieurs jours, se trouvant fatiguée par la médication. Je prescris une solution iodurée, et par prudence je conseille de continuer les irrigations le matin.

Réflexions. — Plusieurs faits m'ont paru dignes d'être notés dans cette observation : c'est d'abord l'insuccès du traitement ioduré employé d'emblée par mon confrère. Je ne connais pas exactement la dose d'iodure prescrite, mais quelle qu'elle soit, son impuissance n'a rien qui puisse nous surprendre ; en effet il est démontré depuis

longtemps déjà, et M. le Professeur A. Fournier a particulièrement insisté sur ce point, que certains malades ont besoin de prendre d'abord du mercure pour que la médication iodurée produise ensuite tous ses effets. Je ne sais quels sont les résultats obtenus par mes confrères en pareil cas, mais pour ma part j'avoue avoir retiré les meilleurs effets du traitement mixte dans les manifestations tertiaires de la syphilis du côté des fosses nasales et surtout de l'arrière-gorge et du larynx. La rapidité avec laquelle la médication instituée a agi dans le cas précédent fournit encore une preuve du fait que j'avance et qui est, je crois, admis sans conteste par des auteurs compétents en la matière. C'est là une méthode bien digne d'être rappelée, puisque, dans le cas précédent, on a failli demander à l'instrument tranchant une guérison que le traitement médical pouvait effectuer tout seul.

Je ne reviendrai pas sur la rareté des tumeurs gommeuses des fosses nasales, me bornant à faire ressortir le siège insolite de la lésion et la confusion qui aurait pu en résulter. En effet, l'aspect du néoplasme, son siège, sa marche même, les douleurs qui l'accompagnaient, auraient très bien pu faire songer à un néoplasme malin, si l'âge de la malade ne m'avait fait hésiter et suspendre mon diagnostic.

Peu de jours après je voyais en effet une tumeur ayant à peu près la forme globuleuse de la précédente, offrant aussi une ulcération légèrement fongueuse, saignant facilement, et occupant la lèvre supérieure au niveau de la sous-cloison qu'elle avait envahie de chaque côté, et comme dans le cas précédent je pouvais songer à une tumeur gommeuse. Seul l'âge du malade (79 ans) me fit hésiter, et toutefois, désireux d'écarter l'idée de syphilis, car le néoplasme était de date récente (il avait commencé il y avait à peine un mois et demi), j'instituai le traitement mixte. Ce dernier étant resté sans effet pendant environ douze jours, le néoplasme ayant au contraire plutôt augmenté de volume, je dus en pratiquer l'extirpation.

Si j'ai rapporté brièvement ce dernier fait, sur lequel j'aurai l'occasion de revenir plus tard, c'est pour le rapprocher du cas précédent avec lequel il offrait bien des points de ressemblance, et aussi pour montrer combien le diagnostic peut être difficile dans les cas de ce genre.

Toutefois il est bon d'observer que chez ma première malade la lésion de l'aile du nez était accompagnée d'une altération plus profonde du squelette, dont le stylet aurait peut-être pu me révéler l'existence, mais dont la vue était impossible à cause de l'obstruction de la narine envahie. Dans les deux cas il existait des symptômes d'obstruction nasale et des douleurs spontanées dans la face. Ce dernier symptôme s'observe du reste dans certaines formes de coryza chronique non diathésique et en dehors de tout néoplasme ; aussi est-il loin de constituer un signe pathognomonique de tumeurs malignes de cette région.

Ce sont là des faits sur lesquels il est, je crois, utile d'appeler l'attention des praticiens pour éviter une intervention chirurgicale inutile et souvent un délabrement considérable de la face dans le but d'enlever des néoplasmes soi-disant malins des cavités nasales.

DE L'ACIDE LACTIQUE DANS LES SUPPURATIONS DE L'OREILLE,

Par le Dr P. AYSAGUER, de Paris.

Permettez-moi de vous parler d'une façon sommaire d'un nouveau mode de traitement de certaines suppurations de l'oreille.

Bien que la thérapeutique des affections de l'oreille ait fait de grands progrès dans ces dernières années, il est incontestable qu'il existe encore un certain nombre de suppurations réfractaires aux moyens que nous possé-

dons actuellement. Il me semble que ce nombre sera aujourd'hui diminué grâce à l'emploi de l'acide lactique. C'est en me basant d'abord sur les expériences de Moretig-Moorhof démontrant l'efficacité de l'acide lactique dans les caries fongueuses, et faisant en même temps ressortir un fait d'une grande importance, à savoir que l'acide lactique s'attaque uniquement aux tissus altérés et n'agit que faiblement ou pas du tout sur les tissus à l'état normal; en tenant compte ensuite des résultats obtenus par Krause sur les ulcérations du larynx, que je commençai il y a bientôt deux ans à appliquer l'acide lactique dans certains cas de suppuration de l'oreille. Depuis lors j'ai eu l'occasion de l'employer pour ainsi dire tous les jours et voici en quelques mots quelle est son action : L'acide lactique agit surtout sur un groupe d'affection à processus hyperplasiques : C'est sur les fongosités de la caisse, sur les formes granuleuses d'otite ou de myringite, sur les végétations polypeuses, sur les caries et nécroses accompagnées de fongosités et de bourgeons charnus, sur les portions de polypes restant après l'ablation de ces petites tumeurs, que l'acide lactique a une action remarquable.

Dans les inflammations suppuratives aiguës ou chroniques simples de la caisse, son action est complètement nulle. On voit déjà par cette courte énumération que le champ sur lequel l'acide lactique peut être employé est encore assez vaste, attendu qu'une grande partie des suppurations chroniques de l'oreille est entretenue par ces inflammations, hyperplasiques, végétantes ou carieuses.

Bien que je n'aie pas l'intention de vous fatiguer par une énumération détaillée de toutes les observations que je possède depuis que j'emploie l'acide lactique, permettez-moi néanmoins de vous dire quelques mots au sujet d'un malade qui non seulement doit sa guérison mais même sa vie à l'acide lactique et qui montrent jusqu'où peut aller l'action de ce medicament.

Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans qui vint à ma clinique en juin 1886. Cet homme avait la tête enveloppée et paraissait beaucoup souffrir. En l'examinant je constatai d'abord une suppuration abondante de l'oreille gauche, datant déjà de trois ans. Il y avait en même temps une hémiplégie faciale du même côté et une tuméfaction fluctuante au niveau et un peu au-dessus de la région mastoïdienne. Après un lavage de l'oreille malade, je pus voir un amas de fongosités obstruant complètement le conduit et empêchant d'apercevoir l'état de la caisse. Avec le stylet on pouvait sentir au fond de ces fongosités, à l'union de la paroi postérieure de la caisse et du conduit, l'os complètement à nu. Il s'agissait donc d'une carie ou d'une nécrose de la caisse ou du conduit, donnant lieu à tous les accidents que présentait le malade à ce moment.

Je commençai d'abord par obvier à des dangers sérieux possibles en donnant une issue au pus amassé dans la région mastoïdienne par une large ouverture allant jusque sous le périoste. L'apophyse mastoïde paraissait intacte.

Je plaçai un drain dans la plaie et des injections poussées à travers le drain ressortaient en partie par l'oreille externe. La communication était donc assez nette. Passant ensuite au traitement direct de l'oreille, tous les deux jours j'extirpais avec le polypotome et au moyen de la petite curette de Politzer autant de fongosités que je pouvais, j'instillais ensuite de l'acide lactique en assez grande quantité dans le conduit que je laissais deux minutes environ ; après avoir suivi patiemment ce traitement pendant six mois, les fongosités ne se reproduisirent plus, le conduit devint assez libre, ce qui me permit de constater dans la partie profonde de l'oreille externe la présence d'un séquestre mobile que je pus extraire assez facilement avec la pince. J'en retirai ainsi trois séquestres. Je continuai toujours les instillations d'acide lactique pur et quelques jours après l'extraction du troisième séquestre la suppuration cessa. La fistule rétro-auriculaire se ferma complètement et depuis bientôt un an le malade est tout à fait guéri. Le conduit externe est presque bouché. L'hémiplégie faciale existe toujours, le malade naturellement n'en-

tend pas de son oreille gauche, mais il peut travailler et s'occuper de ses affaires.

Ce malade chez lequel on aurait pu employer des moyens chirurgicaux plus énergiques et dont j'ai tenu à vous parler, montre jusqu'à quel point l'action de l'acide lactique peut se faire sentir. L'intervention chirurgicale peut évidemment être utile dans des cas semblables, mais il est toujours préférable de ne pas y avoir recours lorsqu'on peut faire autrement.

Le mode d'emploi de l'acide lactique est très simple. Au début je commençai par des solutions à 2 pour 10 et j'arrivai graduellement à l'acide lactique pur. Aujourd'hui l'expérience m'a montré que l'on peut commencer déjà par une solution par moitié, c'est-à-dire 10 pour 10, et passer assez rapidement à l'acide pur. Souvent je commence, même chez les enfants, par ce dernier. La douleur dans la plupart des cas est presque nulle, le plus souvent elle n'existe pas. Jusqu'à présent, je n'ai jamais constaté qu'elle fût assez forte pour être obligé de cesser l'emploi du médicament.

Les tissus touchés par l'acide lactique et en particulier les granulations, deviennent grisâtres, comme mortifiés. Il n'est pas nécessaire après l'instillation de faire une injection dans la caisse, comme cela se fait pour le nitrate d'argent ou pour l'acide chromique par exemple. A la suite d'un certain nombre d'instillations, on voit les parties fongueuses, granuleuses, s'affaisser et se recouvrir peu à peu d'une membrane blanchâtre qui n'est, en somme, que du tissu cicatriciel.

Telles sont les quelques remarques que j'ai voulu faire au aujet de l'acide lactique. A côté de l'acide borique, de l'iodoforme, du nitrate d'argent et des autres médications que nous possédons et qu'il nous faut toujours conserver, nous sommes persuadé aujourd'hui que l'acide lactique est appelé à occuper une place très importante dans la thérapeutique des affections suppuratives de l'oreille.

DISCUSSION

M. Baratoux emploie l'acide lactique depuis longtemps déjà, dans les cas de granulations et de carie, soit pur, soit au 1/5e ou au 1/10e. Il n'est pas nécessaire de faire des lavages après les attouchements. M. Baratoux ne l'emploie pas en instillations; il est persuadé que dans l'otorrhée rebelle, due à la carie ou aux granulations de la partie supérieure de la caisse, cet acide est appelé à rendre de réels services. M. Héring a employé l'acide lactique dans les maladies ulcéreuses et tuberculeuses du larynx.

M. Aysaguer n'a pas obtenu de bons résultats, dans les cas d'affections laryngées, des applications de ce remède; il s'en est, au contraire, bien trouvé dans celles de l'oreille.

DES TUMEURS OSSEUSES DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE ET DE LEUR ABLATION. OBSERVATIONS,

par le Dr **GARRIGOU-DÉSARÈNES.**

Les productions osseuses du conduit auditif externe, désignées par certains auteurs sous le nom d'exostoses, par d'autres tels que Toynbee sous celui d'ostéomes, d'enostoses par Rokitansky, occupent le plus souvent la partie interne du C. A. (2) et dans des cas beaucoup plus rares s'étendent jusqu'à la portion cartilagineuse (Toynbee).

Composées de tissu osseux compacte ou de tissu spongieux (Nélaton, Schwartz, Virchow), elles ont la forme de tumeurs arrondies; parfois une portion assez étendue du conduit auditif osseux est tuméfiée et sur cette partie apparaissent une ou plusieurs saillies osseuses.

Bien qu'assez communes, suivant Urbantschitsch, plusieurs autres auteurs et nous-même, Tillaux ne fait

(2) Abrév. C. A., conduit auditif externe.

que les signaler. Nous lisons page 96 de son traité de chirurgie clinique : « On trouve aussi dans le C. A. des exostoses contre lesquelles nous sommes impuissants. » Delstanche fils en a recueilli un assez grand nombre d'observations.

Si les petites exostoses donnent lieu à peu de symptômes subjectifs, Toynbee cite des cas dans lesquels des ostéomes volumineux, ou la réunion dans la même oreille de deux ou trois de ces tumeurs, ne laissaient plus qu'une ouverture des plus rétrécies du C. A. (Il cite 8 belles observations.) Enfin elles peuvent s'accroître et boucher complètement l'oreille.

Dans certains cas on les trouve pédiculées et formant comme des polypes osseux (Bonenfant, Kramer, Welker). Elles peuvent aussi arriver jusqu'à l'orifice du C. A. (Toynbee). D'autres auteurs ont observé des symétries des deux côtés, comme localisation et développement (Moos). Leurs causes sont encore très obscures. La syphilis en est la principale suivant Rosa, Triquet. On les a attribuées à l'arthritisme, à la goutte (Toynbee). Elles proviendraient d'une inflammation hypertrophique du revêtement du C. A. avec ossification du tissu conjonctif de formation nouvelle, suivant Hedinger.

J'ai trouvé quelques cas où la syphilis héréditaire pouvait être invoquée; dans deux des exostoses siégeaient en même temps sur d'autres parties du corps.

Moos attribue à une sorte d'inflammation subaiguë les saillies osseuses symétriques observées l'une en haut et en avant, l'autre en haut et en arrière dans les deux oreilles, au niveau des points de suture primitifs de l'anneau tympanique avec l'os temporal.

Le diagnostic en est généralement facile, à moins d'une inflammation intense du C. A. avec suppuration. Le stylet achèvera de donner la certitude après l'examen attentif à l'aide de l'otoscope ou du miroir de Trœlstch.

Si parfois ces tumeurs restent stationnaires, elles ont souvent une tendance à grossir et peuvent alors causer

des accidents sérieux, comme je vais en présenter trois exemples, dans lesquels l'ablation à l'aide de la gouge et du maillet de plomb a été indispensable.

Obs. I. — D..., jeune garçon âgé de 12 ans, est amené par sa mère, au mois de juin 1874, à ma clinique.

Cet enfant, d'un tempérament un peu lymphatique, n'est pas très grand pour son âge, il n'a pas souffert dans ses premières années, mais il a eu la rougeole et la scarlatine. Après ces deux maladies aucun trouble ne s'était manifesté du côté des oreilles. Le père et la mère se portent bien, je les ai vus et examinés l'un après l'autre, et ils n'ont jamais eu la syphilis. Leur famille comprend encore deux autres garçons bien robustes.

« Il y a deux ans, me dit la mère, nous avons remarqué qu'il n'entendait pas bien quand on lui parlait du côté gauche. Je lui fis laver son oreille avec de l'eau tiède, car parfois il se plaignait de sentir de ce côté comme une grande chaleur et il entendait un bruit semblable à de l'eau en train de bouillir.

» Enfin, depuis six mois, son oreille s'est mise à suppurer et à lui faire très mal. Le pus s'écoule difficilement et l'enfant se plaint de douleurs très vives dans tout le côté gauche de la tête. »

J'examinai l'enfant et après avoir enlevé le pus qui baignait l'orifice externe du C. A., je découvris une masse très dure, recouverte par la peau d'un rouge terne et amincie. Cette tumeur s'étendait en haut, de dehors en dedans, depuis le bord du cartilage au niveau de sa réunion avec le conduit osseux, à un centimètre de profondeur. Quand je voulus introduire mon petit spéculum bivalve, très utile lorsque le C. A. est obstrué, soit par un gonflement inflammatoire, soit par des polypes ou par des abcès folliculaires, j'eus la plus grande peine à le faire pénétrer. J'aperçus alors plus profondément, en bas et en avant, deux autres petites tumeurs rondes, sessiles, grosses comme une demi-lentille, masquant en grande partie la vue du tympan.

Le stylet me permit de reconnaître la nature osseuse de ces productions morbides. Ayant poussé de l'air avec la sonde, par la trompe d'Eustache, je pus m'assurer qu'il existait une perforation du tympan. L'examen avait été douloureux.

Je prescrivis des lavages avec une solution légère de sulfate pur d'alumine et je conseillai de toucher les tumeurs avec un peu de teinture d'iode (méthode de Toynbee). Loin de mieux aller, l'enfant souffrait de plus en plus; le pus ne pouvait presque plus sortir au dehors et l'apophyse mastoïde devenait douloureuse. Un mois s'était écoulé; j'ordonnai un vésicatoire sur l'apophyse mastoïde, du sirop de feuilles de noyer avec 0.30 centig. par jour d'iodure de potassium. Huit jours après on me ramenait le petit malade, me disant qu'on ne pouvait plus faire entrer les injections avec la seringue.

A un nouvel examen je vis que l'espace compris entre les exostoses, qui la première fois était déjà très étroit, avait encore diminué. L'enfant était très abattu, il était dans un état de surexcitation qui ensuite faisait place à de la somnolence.

L'apophyse mastoïde et toute la partie supérieure du cou du côté gauche étaient douloureuses.

Je jugeai qu'il était indispensable d'intervenir chirurcalement.

La trépanation de l'apophyse, si l'on ne pouvait bien laver l'intérieur de l'oreille moyenne, devait être rejetée; l'ablation des tumeurs osseuses était seule indiquée.

Je fis endormir l'enfant par mon chef de clinique, M. Dubois, ancien médecin adjoint au Val-de-Grâce, et je fis l'opération à ma clinique même.

Ayant bien lavé avec de l'eau phéniquée; un miroir de Troelstch fixé sur des lunettes à l'aide de mon petit porte-miroir et la lumière projetée avec une lampe sur laquelle j'avais monté comme reflecteur mon otoscope parabolique; j'enlevai alors les trois exostoses à l'aide d'une petite gouge de chez Mathieu. Avec la gouge j'avais de suite commencé à sectionner la peau à la base de l'exostose et

j'avais repoussé cette peau le plus possible. La pointe d'un bistouri me fut nécessaire pour bien achever cette sorte d'énucléation.

La plus grosse tumeur offrant une éburnation plus prononcée, je dus employer le petit maillet de plomb avec la gouge. Apès-avoir ainsi, dans une opération qui dura 15 minutes, enlevé par couches minces les tumeurs et rendu au C. A. son calibre normal, j'examinai librement la M. tympanique. Celle-ci offrait une large perforation en bas et en arrière du manche du marteau. Je donnai 0,15 centigrammes de sulfate de quinine et 10 gouttes de teinture d'aconit, par jour, pendant 8 jours. Je fis faire les pansements des plaies osseuses avec de l'alcool de vin et un peu d'eau au moyen de boulettes de charpie. Je couvris l'oreille d'une couche épaisse d'ouate. L'on pratiqua en même temps des instillations, 4 fois le jour et 2 fois la nuit, avec une solution à 5 0/0 de sulfate pur d'alumine. Enfin dans l'espace de deux mois, ayant touché 2 fois les plaies avec une goutte de nitrate d'argent fondu sur un stylet (méthode que j'emploie depuis plus de vingt ans), j'obtins la cicatrisation complète. L'écoulement de l'oreille guérit également, en laissant des adhérences du tympan avec la partie interne de la caisse et un peu de cophose du côté gauche.

Ce jeune homme, que je vois encore ainsi que ses parents, s'est engagé il y a deux ans et il a été jugé bon pour le service militaire.

Obs. II. — Au mois de mai 1884, je fus consulté par Madame T..., de Saint-Quentin, qui m'était adressée par notre savant et sympathique confrère le Dr Albert Brochin, rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux*.

Cette dame souffrait depuis 8 mois de l'oreille gauche; les souffrances étaient devenues insupportables. A l'examen de l'oreille malade je constatai qu'il existait jusque vers le meat, un semis de végétations saignant au moindre contact du stylet.

L'oreille suppurait depuis plusieurs années. Cette malade

avait été traitée par un médecin auriste très distingué qui avait cherché à détruire ces végétations par des cautérisations avec le nitrate d'argent.

Mais les cautérisations provoquaient des douleurs horribles qui duraient encore 10 à 12 heures après la petite opération. Je voulus placer mon spéculum bivalve, mais aussitôt la douleur se déclara et je ne pus voir que le tiers du conduit auditif.

Je proposai l'emploi du chloroforme, qui fut accepté.

Quatre jours après je me rendis avec mon chef de clinique M. Mercié.

Le chloroforme donné par M. Mercié fut très bien supporté.

Je voulus examiner le C. A. mais je ne pus faire pénétrer le spéculum à plus de 1 centimètre 1/2. Là j'étais arrêté par une tumeur dure occupant la paroi postérieure du canal osseux; cette tumeur était couverte de végétations très petites et saignantes. Elle fermait dans ses 2/3 antéro-postérieurs le conduit auditif.

Après un lavage avec une solution de bichlorure d'hydrargyre, je détachai les petites végétations; mais l'orifice auriculaire restait très oblitéré.

Je m'étais muni de mes instruments et je vis qu'il serait absolument indispensable d'enlever la tumeur.

Je détruisis toutes les autres végétations implantées sur les parois du conduit cartilagineux et j'attaquai la tumeur osseuse avec la gouge; je vis qu'elle était formée de tissu spongieux.

Un bistouri très fort et arrondi à son extrémité me servit aussi et me permit de détruire toute l'exostose en ménageant les parties voisines dont vous connaissez toute l'importance. Après le nettoyage de la plaie, je touchai toutes les dénudations osseuses avec la petite boule d'un thermo-cautère électrique.

Je fis faire le pansement de Lister, je plaçai de petites boulettes de charpie, saupoudrées d'iodoforme, au fond de l'oreille. Des lavages furent pratiqués avec :

Acide borique..........	20 grammes.
Eau distillée...........	1.000 —
Sulfate d'atropine......	0,15 centig.

Je donnai pendant 4 jours, 0,30 centigr. de sulfate de quinine et une potion avec 20 gouttes de teinture d'aconit.

La malade s'était éveillée au bout de 25 minutes. Les douleurs vives avaient disparu et les pansements furent continués pendant un mois. Le tympan était largement détruit dans son tiers inférieur; les osselets existaient à leur place.

Le fond de la caisse que je pus voir aussitôt l'opération terminée ne présentait pas de trace de carie.

La muqueuse était légèrement tuméfiée. Il n'y avait aucun symptôme inquiétant du côté des cellules mastoïdiennes et de l'apophyse.

Cette malade quitta Paris au bout d'un mois : les plaies osseuses étaient en partie recouvertes d'une peau mince; il existait encore une légère otorrhée.

Au bout de six mois la malade, qui revenait me voir de temps en temps, était complètement guérie et toute otorrhée avait cessé.

Je revis plusieurs fois Madame T... l'année suivante. Elle continuait à aller très bien.

Au mois de mars 1887, Madame T..., enceinte de 3 mois, vint de nouveau me consulter, sur le conseil de M. le Dr Delaissement, son médecin, à Saint-Quentin, pour me montrer son oreille gauche, où une nouvelle tumeur située en arrière et en bas, à un centimètre en avant du tympan, s'était développée sans amener de suppuration, mais commençait, comme on pouvait le voir, à obturer complètement le conduit auditif.

Il y avait une sensibilité extrême au toucher avec le stylet.

Cette nouvelle exostose, qui était très dure et recouverte d'une peau extrêmement mince, inquiétait vivement la malade.

J'étais arrêté par la grossesse pour donner l'iodure de potassium à l'intérieur; je crois peu à la possibilité de guérir ces tumeurs par la compression avec la laminaire (Toynbee) ou la tige d'ivoire (Hinton), compression qui devient vite très douloureuse et insupportable, comme je m'en suis assuré plusieurs fois. Je conseillai cependant d'attendre un peu pour

voir si l'exostose s'arrêterait dans son développement, comme cela arrive parfois.

Il n'en fut rien et la malade revint quelque temps après avec un commencement de retour de l'otorrhée; l'obstruction du C. A. menaçait de devenir complète; une partie même de la tumeur touchait la paroi opposée. Les douleurs vives apparaissaient. Je proposai, malgré la grossesse déjà avancée l'ablation de l'exostose.

Je fis l'opération dans le mois de mai, à la maison de santé des sœurs Augustines.

Mon chef de clinique, M. Barbier, qui a succédé à M. Mercié, mort d'une façon si triste dans l'abordage des vaisseaux la *Victoria* et le *Sultan* en rade du Tage, pendant un voyage qu'il faisait au Brésil, donna le chloroforme, en présence de M. le Dr Delaissement.

L'exostose était très dure; il y avait deux petites tubérosités élevées sur une seule grosseur osseuse. Je voulus me servir de la gouge seule, mais dans l'impossibilité de mordre dans l'os éburné, formant la base de la tumeur, je dus employer le petit maillet de plomb.

L'opération marcha régulièrement. Après toutes les précautions contre la septicémie, bien prises, je détruisis complètement la tumeur et la malade ne resta endormie que 18 minutes. J'enlevai l'os par petites couches très minces en maintenant d'une main très ferme la gouge à chaque coup de marteau. Je fis les pansements comme la première fois avec la gaze phéniquée et l'iodoforme, sulfate de quinine et aconit pendant cinq jours. Je fis insuffler quelque temps après dans l'oreille de l'iodol mélangé à de l'acide borique finement pulvérisé. Lavages avec eau et borate de soude, puis avec la solution de sulfate d'alumine et l'eau alcoolisée; il n'y eut aucune tendance à l'érysipèle. Cette dame resta six semaines chez les sœurs et retourna à peu près guérie à Saint-Quentin. L'oreille continua à aller de mieux en mieux.

Elle accoucha sans accidents, d'un enfant très bien portant (c'est son cinquième). J'ai reçu deux fois Madame T... depuis et la guérison s'est parfaitement maintenue.

Conclusions

Nous trouvons ici deux fois des tumeurs osseuses avec complication d'otite externe et moyenne.

La troisième tumeur précède l'inflammation et l'otorrhée.

N'ayant pas vu le début des premières excroissances osseuses, je ne puis dire si dans les deux premiers cas l'inflammation de la peau s'étendant à l'os sous-jacent n'a pas été la cause des accidents. Je pense pour mon compte que les choses doivent souvent se passer ainsi. Ou bien si cette cause n'est pas due au développement de l'exostose, comme dans le 3e cas où la tumeur a débuté avant l'otorrhée.

La syphilis dans les cas que je viens de citer ne peut être invoquée.

Je connais les parents du premier malade; ils se portent à merveille ainsi que leurs autres enfants.

La mère a eu dans son enfance, me dit-elle, un peu de scoliose; mais elle n'est jamais souffrante.

La seconde malade a 34 ans; elle jouit d'un bon tempérament, son système nerveux seul est impressionnable. Elle n'a jamais fait de maladie grave. Sa sœur est forte et bien portante. Elle n'a jamais eu aucune tumeur osseuse sur d'autres parties du corps.

Les traitements indiqués, la teinture d'iode sur les tumeurs (Toynbee), les cautérisations — l'iodure de potassium — la compression (Toynbee, Bonnafant, Hinton), ne m'ont pas donné pour les cas où je les ai employés les résultats espérés, et dans d'autres, ils ne pouvaient être appliqués.

Je pense donc que l'ablation avec la gouge et le marteau, comme je l'emploie, est préférable à la lime, aux perforations, etc.; qu'en agissant avec prudence, en ayant bien présents à l'esprit les rapports; en faisant tenir la tête des malades solidement, bien immobile, on s'exposera moins ainsi à blesser les parties voisines

et à causer des lésions qui pourraient être graves.

Dans les circonstances présentes, nous avons retiré de ce moyen tous les avantages possibles, car nos malades ont parfaitement guéri sans accident aucun et ont obtenu des guérisons durables.

LEUCOCYTHÉMIE. — DÉBUT PAR DE LA SURDITÉ ET DE LA PARALYSIE DE LA FACE

par le Dr GELLÉ.

Les observations de leucocythémie, sans être communes ne sont point rares; aussi, si je publie ce nouveau fait, c'est à cause des particularités remarquables de son début, telles que l'affection a été longtemps méconnue, ou mieux, impossible à connaître. En effet, les deux manifestations symptomatiques initiales ont été un certain degré de surdité et surtout une hémiplégie faciale gauche, précédant de deux mois les engorgements ganglionnaires, mais correspondant cependant, à l'insu du sujet et de ses proches et du médecin, avec l'apparition d'un groupe de tumeurs sous-cutanées indolentes sur la région lombaire, dont l'existence, à cette date, n'a été annoncée que plus tardivement par le malade. On conçoit que le clinicien ne pouvait supposer que son malade fût menacé de cette maladie, à la simple apparition d'une paralysie faciale. Cette allure insidieuse de la leucocythémie a été bien constatée par les observateurs (Isambert, Jaccoud). L'affaiblissement de l'ouïe et les troubles auditifs ont été notés. C'est ainsi que sur 32 faits relevés par Vidal, trois fois on a trouvé de la dureté de l'ouïe et même de la surdité. Isambert, au travail duquel j'emprunte ces chiffres, a fourni un relevé personnel de 41 autres observations de leucocythémie, dans lesquelles, quatre fois, on a constaté de la surdité ou des troubles de l'audition (7 sur 73 cas, 1/10) (Obs. de Blache, 1885; de Ramberger, 1856;

de Mulder, 1860). Isambert ajoute qu'on ignore si cette surdité tient à quelque lésion anatomique ou seulement à la faiblesse générale des malades si gravement prononcée dans cette affection (Isambert. *Dict. Sc. méd.*, t. II, 2e série, 1re partie, p. 311, 1869). « Nous ne connaissons, dit cet écrivain, aucune recherche anatomique sur l'oreille interne, bien que la surdité ait été notée assez souvent chez les sujets leucoythémiques. » On sait qu'il n'en est pas de même pour l'œil et la rétinite leucocythémique a fait l'objet de travaux sérieux (Poncet, etc.).

D'autre part, Trousseau, insistant sur la part qui revient dans l'origine des accidents ganglionnaires, dans l'adénie, aux lésions des muqueuses et de la peau, cite à l'appui de son opinion quatre cas où l'engorgement ganglionnaire primitif survenu dans les ganglions sous-maxillaires, avait eu pour point de départ, tantôt une tumeur lacrymale, ailleurs un coryza, ailleurs encore une otorrhée. Jaccoud, dans l'excellent article Leucocythémie de son dictionnaire, mentionne aussi les vertiges et les bourdonnements d'oreilles comme accidents observés dans cette maladie. Quel est le mode pathogénique de ces troubles auriculaires? Une grande partie de la symptomatologie de la leucocythémie se compose de douleurs locales, contusives, qui se rapprochent au dire d'Isambert, par leur caractère, des effets de la compression; c'est de la gêne plus que de la douleur; cependant celle-ci existe surtout sur le trajet des nerfs comprimés par un développement rapide ou énorme des masses ganglionnaires. C'est en effet à l'apparition des tumeurs de sièges les plus divers que se rapportent les accidents véritables de compression. Ainsi, mieux que par toute autre raison, s'explique aussi ce symptôme du début dans l'observation que je vais lire, la paralysie faciale, alors que rien n'appelait encore l'attention du côté des viscères ni des ganglions, et qu'il n'y avait nulle raison de penser à la possibilité d'une leucocythémie.

On comprendra mieux encore la pathogénie des trou-

bles de l'ouïe au début, et celle de cette hémiplégie faciale, si l'on se rappelle les études de Mosler sur les stomatites et les pharyngites leucémiques et si l'on pense à la fréquence de la leucémie amygdalienne; on a vu aussi que Trousseau faisait ici dériver les envahissements ganglionnaires de l'affection primitive des muqueuses de la gorge et des gencives.

La symptomatologie générale de la leucocythémie se compose en grande partie des accidents de compression dus au rapide développement des glandes hypertrophiées, qu'il s'agisse d'un nerf, d'un plexus ou d'un vaisseau, et à des suffusions sanguines constatées dans les autopsies. Par le fait de son trajet dans l'aqueduc de Fallope, quel nerf est plus susceptible d'être comprimé que le facial?

Un des premiers symptômes d'une tumeur leucocythémique de l'orbite est l'exophtalmie; une tumeur située sur le trajet du facial causera promptement la paralysie unilatérale. Dans la pathogénie des troubles auditifs dans cette affection, il existe, sans doute, plus d'un mode : compression du nerf, œdème, ou suffusion sanguine, suivant l'époque du début de cette complication; la faiblesse extrême suffit, à la fin, pour tout expliquer.

Dans notre cas, l'aggravation a été observée dès le début, à tel point que l'apparition de la paralysie faciale donna l'idée d'une gomme intra-cranienne, et que le traitement ioduré fut institué dès l'abord.

Je rappellerai tout à l'heure que l'otorrhée avait été signalée par Trousseau; c'est aussi chez un sujet atteint d'otorrhée, que Politzer a trouvé la curieuse lésion de l'oreille interne dont il a communiqué les pièces et les préparations, avec les dessins, au Congrès de Bâle, 1884. Une tumeur manifestement leucémique avait envahi le limaçon, écrasé et détruit une grande partie des rampes sensorielles. Le malade mourut de leucémie généralisée.

Ce sujet, on se le rappelle, devint sourd en une nuit, avec bourdonnements d'oreilles et vertiges; et cet

accident advint au début de la maladie leucémique qui l'emporta; la lésion fut rapportée aussi à la syphilis, et le développement du ventre, du foie et de la rate, et l'œdème général, l'affaissement extrême des forces vinrent plus tardivement éclairer le diagnostic.

Cette belle observation, avec pièce à l'appui, est venue à propos, combler le desideratum signalé par Isambert; aujourd'hui, la leucocythémie a été constatée dans l'oreille interne. (Politzer, compte rendu du Congrès d'otologie de Bâle, 1874. *Affection leucémique du labyrinthe.*) Voici mon observation.

Observation. — *Surdité gauche. Paralysie faciale gauche. Leucocythémie.* — M. Lagr..., cinquante-huit ans, ferblantier, est mon client depuis quinze ans, et, à part quelques douleurs rhumatismales passagères, je n'ai jamais eu à lui donner des soins pour une maladie sérieuse. Travailleur, sobre, heureux dans son commerce; rougeaud de figure, il est devenu gras par suite de son existence sédentaire. Il habite, la plus grande partie du jour, une sorte de sous-sol très profond, disposé en atelier, où il travaille à couper et à souder les plaques de fer étamées. Ce sous-sol est froid et humide, et ne voit jamais le soleil.

J'ajouterai que M. X... a fait élever au-dessus un petit logement d'un étage, très étroit, qu'il a habité presque immédiatement, sans précaution aucune. Au point de vue étiologique de l'affection, on sait que tout cela a de l'importance et a été souvent indiqué par les auteurs.

Depuis dix à douze ans, M. Lag... n'a pas eu d'attaque de rhumatisme.

Au milieu d'une santé apparente bonne, M. Lag... s'aperçoit qu'il devient dur d'oreille, à gauche surtout; il éprouve de ce côté une gêne plus qu'une douleur véritable et plutôt autour de l'oreille et sur la joue que dans le fond du conduit; cependant il a ressenti quelques élancements dans la tempe et le long de la mâchoire et des battements passagers dans l'oreille même. Peu de temps après, le 22 août 1884, il cons-

tate qu'il ne peut fermer l'œil gauche et qu'il a de la peine à empêcher le manger de lui sortir de la bouche par la commissure gauche.

Consulté alors, je trouve une paralysie faciale très nette, complète. Le voile du palais a conservé ses mouvements. L'œil gauche reste ouvert, le front est plat, sans ride à gauche, et au moindre effort de parole la bouche se porte à droite, etc.; il existe une sensibilité un peu exagérée de tout le côté gauche de la face et de l'endolorissement surtout autour de l'oreille.

Rien aux dents ni à la gorge, ni dans les narines.

La montre est entendue à 4 centimètres à gauche; le tympan est clair, translucide, laisse voir l'enclume dans le 1/4 supéro-postérieur; il se meut facilement à valsalva; triangle lumineux net, pas de bourdonnement.

Le malade se soulage en appliquant sur la joue des cataplasmes bien chauds. Sa femme remarque que depuis très longtemps l'oreille droite est peu utile à son mari, et qu'il a eu toujours l'ouïe dure de ce côté; l'état scléreux de cette oreille est expliqué. La paralysie faciale est rapportée à un refroidissement banal.

Le traitement fut en général fort mal supporté (iodure de potassium, une mouche volante au bas de l'apophyse mastoïde); enfin l'électricité (courants induits) a été appliquée très doucement et méthodiquement sans grand résultat pendant plus de six semaines.

L'électrisation a toujours été extrêmement douloureuse, bien que de courte durée et à courant très faible; elle semblait causer une secousse générale au malade, très courageux cependant; ceci est noté plusieurs fois dans l'observation.

Les bains chauds de la face, les cataplasmes chauds sont, au dire du sujet, ce qui lui a été le plus utile.

Deux mois après, l'œil a pu se fermer; les contorsions de la bouche ont peu à peu disparu, mais tout le côté de la face a paru au malade rester raidi et sensible. Cette sensibilité anormale a été le phénomène curieux de cette hémiplégie faciale. Aucun signe d'hyperexcitabilité de l'organe de l'ouïe.

Le sujet est cependant tourmenté déjà par de l'insomnie fréquente et par un état de faiblesse qu'il ne peut s'expliquer.

En même temps d'autres malaises d'abord vagues, puis plus caractérisés se montrent : ce sont des crampes douloureuses dans les mollets; de l'engourdissement des membres inférieurs, une sensation de raideur, des mouvements involontaires, des sauts de la jambe; des refroidissements des deux membres inférieurs, et des douleurs véritables dans les reins et la région sacro-coccygienne, laissant après elles une grande faiblesse musculaire.

De l'insomnie avec cauchemars et des accès de fièvre irréguliers tourmentent aussi le malade, chaque jour avec plus de ténacité.

Cet état de malaise et de souffrances variables durait depuis plusieurs nuits, même avant l'aggravation de la surdité et l'apparition de la paralysie faciale; mais on l'a toujours expliqué par l'existence de rhumatismes erratiques.

Il en est de même d'un état douloureux des gencives et des dents et d'une odeur souvent désagréable qui a existé par intervalles à la même époque, mais le malade n'attachait à tout cela qu'une médiocre importance, et n'en a parlé qu'une fois le diagnostic confirmé, et après interrogation.

Au milieu de septembre, la femme de Lag... vient me dire qu'il ne peut se transporter chez moi, à ma consultation, tant il a de faiblesse dans les jambes; déjà il y est venu après s'être reposé sur les bancs de l'avenue, tant il se sentait incapable de marcher; or, il y a dix minutes à peine de chemin de chez lui à mon cabinet.

Cet affaiblissement musculaire si rapidement accentué n'ayant à mon sens aucun rapport avec la paralysie de la face, je fais coucher le malade et je le vois au lit.

Il est démoralisé, affaissé; il a de la peine à se tourner de côté et arrive avec grande difficulté à me montrer ses lombes et la région dorsale; on dirait qu'il est frappé de paraplégie incomplète; la sensibilité existe et la vessie se vide à volonté; les jambes sont soulevées à volonté; mais pour se rouler de

côté, c'est tout un travail; je m'aperçois de la faiblesse musculaire des bras et du tronc.

Voici pourquoi je faisais tourner le malade :

En l'examinant, j'avais trouvé au pourtour du nombril un groupe de 5 ou 6 petites grosseurs, du volume d'une aveline à peu près, indolores, incolores, sous-cutanées, roulant sous le doigt, saillantes en boule, sans coloration ni vaisseaux; elles existaient seulement depuis quelques jours. Il en était venu une d'abord, puis plusieurs qui ne grossissaient plus une fois qu'elles atteignaient la grosseur d'une noisette. Mais, ce qui est très important, j'appris alors que, depuis trois ou quatre mois au moins, il s'était développé un groupe de tumeurs semblables sur la région lombaire, au niveau de la ceinture. Ces grosseurs indolores ne l'avaient pas préoccupé autrement et il n'en avait jamais parlé.

(Décembre 1884.) C'est alors que je palpai le foie, la rate, que je trouvai manifestement gonflés mais bien au-dessous du volume atteint par la suite.

Je trouvai les gencives légèrement odorantes et fongueuses en bas et à droite surtout.

Il y a de l'inappétence; et une insomnie persistante qui résiste à l'opium et au chloral; parfois des sueurs extrêmement abondantes pendant la nuit.

(Janvier 1885.) Bientôt apparaissent des douleurs vives à crier, avec raideur des doigts des pieds et des petits doigts des mains, avec engourdissement et incapacité fonctionnelle; cela dure quinze jours.

La faiblesse générale est devenue telle que le lever est impossible.

Le moindre mouvement est pénible, incomplet et douloureux. Les masses musculaires des épaules et des bras, surtout à droite, sont douloureuses à la pression et dans les mouvements. La bouche répand une odeur infecte; l'haleine est putride, horrible; les gencives crénelées dépassent les dents. Elles sont rouges, saignantes; crachats sanglants, odorants, accès de fièvre extrême, avec insomnie et douleur dans les membres. (T. 39°, p. 110, petit.)

Les tumeurs cutanées et sous-cutanées ont augmenté de volume et de nombre ; il en est venu à la cuisse, aux bras, sur tous les points du ventre et de la ceinture et du tronc, une à l'angle coronal, etc.

Quelques jours plus tard, les ganglions parotidiens, sous-maxillaires et sterno-mastoïdiens sont envahis successivement d'un jour à l'autre, et grossissent à vue d'œil. D'abord isolés, les ganglions se fondent en masses de plus en plus saillantes, bosselées; bientôt le menton ne peut plus s'abaisser, la bouche a peine à s'ouvrir, le cou ne peut ni se plier ni se tourner, il a disparu en quelques jours ; la tête et le tronc ne font qu'un. Vertiges et bourdonnements d'oreilles. Les ganglions axillaires, ceux de l'aine, des jarrets, etc., sont pris à leur tour.

Les tumeurs sous-cutanées se multiplient sur le crâne, la face et les diverses régions du corps, toujours avec les mêmes caractères d'indolence et de développement rapide.

En même temps, l'état général devient inquiétant; le malade a des instants de délire, il vomit, se tient à peine assis, ne peut boire que difficilement; sa voix est cassée ; les gencives saignent et la bouche bave une sanie putride.

Dès le jour où les tumeurs lombaires ont été constatées le malade a été vu en consultation avec le Dr Legroux, et avis a été pris en même temps auprès du professeur Bouchard. Le diagnostic a été : leucocythémie.

Une tumeur sous-cutanée de l'abdomen a été extraite et examinée histologiquement. Le sang extrait par des piqûres à la peau a été extemporanément examiné au microscope par le Dr Legroux et par moi; nous avons pu compter sur le champ du microscope (n° 7 Astenack., 300 D.) 42 globules blancs en moyenne sur plusieurs préparations.

La tumeur examinée au laboratoire de l'hôpital par le Dr Legroux a montré la texture du lymphadénome type, ayant l'aspect à la coupe d'un ganglion lymphatique ramolli. Le diagnostic a donc été confirmé dès ce moment.

Sur le conseil de M. Legroux et du Pr Bouchard, le malade fut immédiatement mis à l'usage de l'arsenic, sous forme de

solution d'arséniate de soude ; puis la bouche lavée avec des solutions toniques et désinfectantes, portées fréquemment avec un pinceau sur les gencives fongueuses.

Quelques lavements de peptone vineux additionnés de café, aidèrent au relèvement des forces. En effet un moment de calme, de repos, de bien-être semble succéder à la période des crises précédentes.

20 janvier. — Mais le mal empire; bientôt, on voit venir des crises de suffocations subites; d'abord la nuit, puis plus souvent; le pouls dans ces crises devenait inégal, filiforme, rapide; les battements cardiaques sont perçus cependant encore nets, sous l'oreille et n'offrent pas les irrégularités du pouls radial, mais ils sont inégaux; il n'y a pas de souffle; le malade ne peut rester couché; et n'a plus la force de se tenir assis, il est asphyxiant. Soif vive, bouche sèche, chaleur énorme de tout le corps dont se plaint le malade.

29 janvier. — La rate remplit la moitié du ventre proéminent; la face est œdématiée, entourée d'un bourrelet formé des masses ganglionnaires hypertrophiées du cou et des régions péri-maxillaires. Œdème des jambes. La convallaria en extrait à la dose de 4 grammes par jour a paru régulariser le pouls et diminuer les crises de suffocation.

Du 1er février au 12 — Œdème du pharynx ; odeur de putrilage de l'haleine malgré les collutoires, les douches d'eau de seltz, les gargarismes boriqués. Les lavements nutritifs sont gardés et paraissent soutenir le malade qui a moins de bourdonnements d'oreilles et moins de vertiges. La liqueur arsénicale (traitement recommandé par Bezold) a été rigoureusement prise depuis la première consultation de M. Legroux; elle est bien supportée, mais l'alimentation est devenue presque impossible par la bouche. On remarque que les douches d'eau de seltz et les lavages avec la solution boriquée ont modifié quelque peu l'état des gencives et diminué l'odeur de putréfaction intolérable au pauvre malade.

12 février. — Cependant, depuis un mois, la température prise tous les jours a rarement été au-dessous de 39° et souvent elle a monté plus haut, la nuit surtout. Le pouls depuis l'accal-

mie est régulier, à 110 par minute. La face paraît vernissée, tant la peau est tendue, et l'aspect du malade est hideux, tant il est déformé par les excroissances multipliées sur tous les points.

19 février. — La respiration, souvent sifflante et haute, surtout la nuit, depuis les accès de suffocation, devient plus difficile cette nuit, puis des accès de suffocation avec pouls misérable se succèdent coup sur coup et emportent le malade asphyxié à dix heures du matin.

La maladie a duré plus de 6 mois; mais on compte 6 mois depuis l'attaque de paralysie faciale jusqu'à la mort (du 21 août 1884 au 19 février 1885).

L'autopsie n'a pu être faite.

En résumé :

La leucocythémie la plus grave, la plus généralisée, a débuté lentement, sournoisement, par des tumeurs isolées, dont quelques-unes sous-cutanées, d'autres plus profondes, dont l'une a comprimé le facial gauche et a atteint l'oreille gauche.

D'abord éparses, isolées, ces tumeurs se sont multipliées, puis les ganglions se sont pris à leur tour secondairement; un état général d'affaissement des forces et d'endolorissement des membres a paru précéder de longtemps l'apparition des tumeurs et de la paralysie faciale.

MODIFICATION AU RÈGLEMENT

10° Une proposition de modification de l'article 12 du Statut-Règlement, portant suppression de la session ordinaire d'octobre et signée par MM. Moure, Gouguenheim, Aysaguer, Ruault, Joal, Archambaud, Cartaz, Garrigou-Désarènes, est déposée, à la fin de la séance, sur le bureau.

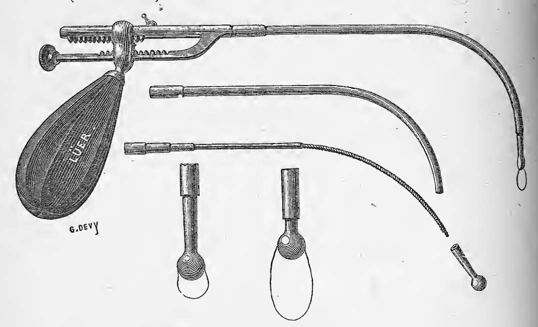
L'article 41 concernant la révision dit :

« Toute proposition de modification au présent Statut-Règlement devra être signée de six membres au moins, déposée sur le bureau, renvoyée à une commission et discutée, s'il y a lieu, en assemblée ou session générale. »

La commission nommée est composée de trois membres, savoir : MM. Ménière, Ruault et Joal.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

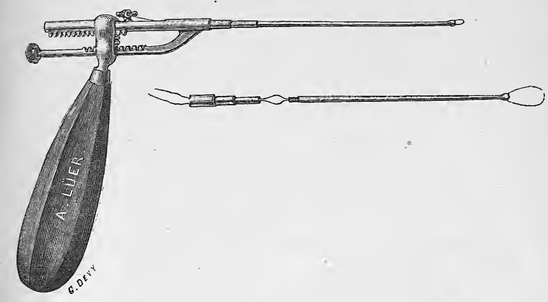
M. Ruault, présente un *polypotome laryugien*. Cet instrument, qui a été construit par M. Wulfing-Luër sur les dessins de l'auteur, est une modification du serre-nœud de Delstanche (de Bruxelles). Grâce à un double mouvement obtenu à l'aide



de deux crémaillères mobiles, en même temps en sens inverse l'une de l'autre sur une roue dentée, l'anse métallique, formée par une corde à piano, se rétrécit concentriquement. Les

deux chefs de l'anse sont situés dans un tube spirale, qui glisse lui-même dans un tube métallique plein, présentant la courbure convenable et dont la situation reste fixe pendant la manœuvre de l'instrument. (Voir fig. 1.)

On peut se servir du même manche pour y fixer un tube



métallique rectiligne, destiné à servir de polypotome nasal. L'anse de ce polypotome se rétrécit concentriquement, comme celle du polypotome laryugien. (Voir fig. 2.)

La séance est levée à onze heures.

Pour le Comité :
Le Secrétaire : Dr Moura.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, rue Cabirol, 16

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE

D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

TOME V

Publié par les soins du Comité : MM. GELLÉ, GOUGUENHEIM, MIOT, MÉNIÈRE, *trésorier*, JOAL, *secrétaire.*

Fascicule 2

PARIS

A. DELAHAYE ET E. LECROSNIER, ÉDITEURS

23 — PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE — 23

1888

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE

D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance du jeudi 26 avril.

ORDRE DU JOUR

Élection du bureau.

M. GARRIGOU-DESARÈNES, président de la réunion d'octobre 1887, déclare la session ouverte et invite MM. les membres présents à procéder à l'élection du bureau :

M. BOUCHERON est nommé président ;

MM. MOURE et SCHIFFERS, vice-présidents ;

M. JOAL, secrétaire.

M. BOUCHERON remercie ses collègues de l'honneur qu'ils lui font en l'appelant à la présidence.

M. MÉNIÈRE établit la situation financière de la Société ; ses comptes sont approuvés.

Il y avait à l'ordre du jour une demande de modification de l'article 12 du réglement ainsi conçu : « La Société se réunit chaque année en session générale dans la semaine après Pâques, et en session ordinaire dans le mois d'octobre. » Après avoir entendu un excellent rapport de M. Ménière, sur la proposition de M. Vacher (d'Orléans), l'article 12 est ainsi modifié :

« La Société française d'Otologie et de Laryngologie se réunit chaque année à Paris, dans la même semaine que les Sociétés savantes. »

De l'ozène et de son traitement.

Cette question a été proposée par le Comité pour être étudiée en 1888. M. le Dr Moure (de Bordeaux), qui a été chargé d'exposer le sujet, lit le travail suivant.

DU CORYZA ATROPHIQUE (OZÈNE ESSENTIEL)

Par le Dr **E. J. MOURE.**

Chargé par MM. les Membres du Comité d'introduire devant vous l'importante question de pathologie nasale, improprement désignée sous le nom d'ozène, il me paraît nécessaire de poser tout d'abord les bases du problème pour éviter toute sorte de confusion et établir nettement les bases de la discussion.

Sous le nom d'ozène essentiel (ozène per se, ozène vrai, ozène *sui generis* et punaisie), nous comprendrons une affection, *non ulcéreuse*, des fosses nasales caractérisée par l'élargissement de ces cavités, et l'accumulation de concrétions croûteuses répandant l'odeur fétide et caractéristique que tout le monde connaît. De ce fait nous éliminons la plupart des affections nasales dans lesquelles la mauvaise odeur est un symptôme plus ou moins passager, mais souvent secondaire, de l'altération de la muqueuse ou du squelette du nez.

Permettez-moi maintenant d'aborder les différentes théories mises en avant pour expliquer la production de l'odeur. Zaufal, vous le savez comme moi, a le premier affirmé que l'ozène était la conséquence d'une trop grande largeur des fosses nasales, résultant elle-même d'une petitesse exagérée et congénitale du cornet inférieur et même un peu du cornet moyen. Au moment de la puberté, cette disproportion, s'accentuant davantage, fait apparaître le symptôme ozène. La force du courant d'air expiré se trouve alors notablement amoindrie, il en résulte une insuffisance dans le balayage des mucosités pendant l'expiration et l'accumulation de ces dernières

dans les cavités du nez, puis leur décomposition, par suite de leur arrêt dans un endroit chaud et constamment humide.

Cette théorie, fort séduisante en apparence, a trouvé ses partisans aussi bien à l'étranger (Hartman, Morell-Mackenzie, F. Semon) qu'en France, et MM. Calmettes et Martin se sont surtout faits, dans notre pays, les défenseurs ardents de cette manière de voir. A côté des admirateurs il y eut aussi les détracteurs et peu de temps après Zaufal, M. Fraenkel (de Berlin), établit que l'ozène était la conséquence d'une inflammation spéciale de la muqueuse pituitaire, que cette dernière, d'abord hypertrophiée, ne tardait pas à s'atrophier plus tard. Ainsi s'expliquent et la sécrétion abondante et sa décomposition dans les fosses nasales élargies. Il s'agissait en somme d'un coryza chronique spécial tendant à occasionner l'atrophie de la muqueuse pituitaire et, partant, l'élargissement de la cavité nasale, d'où la décomposition des sécrétions favorisée par les différents motifs invoqués par Zaufal. Gottstein et Bayer se rattachèrent à cette théorie, qui ne satisfit pas Michel (de Cologne). En effet, ce dernier, trouvant qu'aucune des théories précédentes n'expliquait l'abondance souvent considérable des sécrétions, dans la maladie qui nous occupe, émit l'opinion que la plus grande partie des exsudats accumulés dans le nez venaient des cavités accessoires et particulièrement des sinus ethmoïdaux et sphénoïdaux. Je ne citerai enfin que pour mémoire l'opinion de Rouge qui attribuait à l'affection une origine osseuse.

A côté des théories précédentes qui expliquaient plus ou moins la production des sécrétions et leur arrêt dans les fosses nasales, il fallait tenir compte de la composition des produits excrétés et rechercher si l'on ne trouvait pas la cause intime de cette putréfaction, origine de l'odeur ozénateuse. C'est ainsi que Ziem émit l'hypothèse de l'existence d'un ferment spécial qu'il ne définit pas autrement; Bresgen et Masséï pensèrent à l'existence d'un

micro-organisme, et ce dernier publia même en 1882 une analyse chimique détaillée faite par le Dr Aréna avec les produits recueillis chez des malades atteints de coryza atrophique; Krause pensa à l'existence d'acide gras favorisant la décomposition du mucus; mais, comme le faisait observer avec juste raison notre distingué collègue M. le Dr Ruault, lors de notre dernière séance, ce fut surtout Löwenberg qui fit faire à la question un grand pas en avant. Ce dernier découvrit en effet dans les sécrétions ozénateuses un microcoque spécial de grandes dimensions (1 μ à 1 μ 65) susceptible d'être cultivé dans la gélatine et donnant à ce produit l'odeur caractéristique de l'ozène.

Telle est donc en quelques mots, l'état de cette question importante à laquelle les recherches et observations récentes n'ont pour ainsi dire rien ajouté de nouveau.

S'il me faut maintenant émettre une opinion personnelle sur la pathogénie du coryza atrophique, opinion basée sur l'examen clinique du malade et sur des observations recueillies avec soin, j'avancerai tout d'abord que la théorie de Zaufal, théorie de l'atrophie congénitale du cornet inférieur ou moyen, me paraît absolument insuffisante pour expliquer la production de l'exsudat, et même sa décomposition. Ne voyons-nous pas tous les jours des malades d'un certain âge avoir les fosses nasales extrêmement élargies et chez lesquels toutes les conditions favorables au développement de l'ozène semblent être remplies, n'offrir à l'examen que des sécrétions peu épaisses, desséchées et *n'ayant aucune mauvaise odeur?*

L'élargissement consécutif à l'ablation de tumeurs (polypes, fibromes, sarcomes, etc.) est-il suivi d'un ozène *durable?* Si quelques praticiens ont répondu oui, je peux leur dire qu'ils n'ont pas suivi leurs malades pendant assez longtemps. Je sais bien qu'après une opération ayant agrandi les cavités du nez, la sécrétion épaisse, souvent même purulente, s'accumule dans les fosses

nasales, qu'elle s'y décompose même et produit un ozène assez marqué. Mais c'est là un phénomène passager qui disparaît après un temps plus ou moins long, suivant la nature et l'étendue du traumatisme.

C'est ainsi que, pour ne citer qu'un exemple entre bien d'autres, je vous rappellerai l'observation d'une malade atteinte de fibro-sarcome de la fosse nasale droite dont je vous communiquai les détails (Voir *Bulletins*, 1886, t. III, fasc. II, p. 140.). Cette malade, opérée de sa tumeur et guérie sans récidive, eut pendant la première année tous les symptômes d'un coryza atrophique, car chez elle les cornets inférieurs et moyens refoulés par la tumeur, étaient absolument rudimentaires. Après un an de traitement les symptômes s'amendèrent et depuis déjà plus d'un an *elle a cessé tout traitement nasal.* Elle reprend toutefois ce dernier à la période terminale des coryzas aigus dont elle est parfois atteinte, évitant ainsi que l'affection ne se prolonge au delà de ses limites habituelles. Je crois inutile d'ajouter que la fosse nasale est toujours fort spacieuse, qu'elle permet nettement l'examen de la paroi pharyngienne supérieure par la rhinoscopie antérieure. Seule, la sécrétion s'est modifiée comme nature et comme quantité.

Si donc l'élargissement des cavités du nez, congénital ou acquis, ne suffit pas, à mon sens, pour expliquer l'apparition souvent assez tardive de la maladie (à quinze et vingt ans), il est évident qu'il faut admettre l'existence d'un facteur plus complexe. Aussi, avec Fraenkel, Gottstein, Bayer et beaucoup d'autres auteurs, j'admettrai bien plus volontiers l'existence d'une inflammation glandulaire de la muqueuse qui tapisse les fosses nasales et même parfois, avec Michel, les cavités accessoires. Cette sécrétion contiendrait, cela va sans dire, un micro-organisme quelconque (diplococque ou autre) qui produirait la décomposition du liquide sécrété, cette dernière se trouvant encore favorisée par le séjour du mucus dans

des fosses nasales trop larges pour que le nettoyage en soit parfait. C'est en somme une théorie éclectique dans laquelle je prends à chaque auteur la partie qui me semble admissible. La théorie glandulaire a du reste à son actif, les intéressantes recherches microscopiques d'Habermann, et, si Zuckerkanld a pu constater que, contrairement à la théorie de Michel, l'ethmoïde était fort peu développé chez les sujets à cornets inférieurs rudimentaires, je puis affirmer qu'il est des cas où la muqueuse qui tapisse le sinus est enflammée et laisse s'écouler une sécrétion purulente assez fétide. C'est ainsi que dans quelques cas, rares il est vrai, où l'atrophie des cornets était assez considérable pour laisser voir à l'orifice des sinus sphénoïdaux, j'ai pu observer l'existence de ce fait.

Il est donc permis d'en conclure que les produits sécrétés peuvent, *au moins dans quelques cas,* provenir des cavités accessoires. La théorie glandulaire a pour elle l'observation du malade chez lequel on voit assez souvent suinter, à la surface de la muqueuse plus ou moins granulée et rugueuse, des gouttelettes de pus jaunâtre, ou plutôt d'un gris sale, ayant quelque analogie avec de petites perles demi-sphériques, qui ne tardent pas à devenir confluentes et à s'écouler dans la cavité nasale, comme le fait la sueur de la surface cutanée, avec cette différence que les gouttes sont d'un volume beaucoup moindre.

Il n'est point rare de constater chez quelques malades que cette sécrétion, à peine exhalée, répand une odeur fétide, absolument comme la sueur de quelques sujets est fade, âcre, et même absolument fétide et repoussante chez d'autres (race nègre, mulâtre, blonds, etc., sueur fétide des pieds).

La théorie glandulaire explique donc l'hypersécrétion et l'hypertrophie de la muqueuse que l'on constate quelquefois au début de l'affection. Elle explique aussi la disparition presque spontanée de l'ozène lorsque la maladie est trop ancienne et que l'atrophie est arrivée à son degré

extrême. A ce moment, la disparition presque complète du tissu glandulaire empêche la sécrétion de se produire et, partant, de se décomposer, bien que les cavités nasales soient arrivées à leur maximum d'élargissement.

Ce fait, déjà signalé par Trousseau, s'observe surtout chez les vieillards, chez lesquels l'ozène, soi-disant essentiel, est rare, ainsi que tout le monde le sait.

Comment se produit l'atrophie de la muqueuse et surtout du tissu osseux des cornets inférieurs ou moyens? Évidemment, c'est un problème difficile à résoudre.

Sagit-il, comme le disait notre distingué collègue, M. Gellé, dans notre dernière séance, d'une insuffisance ou d'un arrêt de nutrition du tissu osseux consécutif à l'évolution des lésions de la muqueuse ou d'une véritable rhinite scléreuse interstitielle, dans laquelle la prolifération conjonctive étoufferait les vaisseaux et empêcherait la nutrition de se faire, comme le fait s'observe pour le foie, les reins et d'autres organes. C'est évidemment à l'anatomie pathologique qu'il faut demander la solution de cette partie du problème. Toutefois, il reste bien acquis que l'on voit chez plusieurs malades l'hypertrophie des cornets inférieurs ou des moyens, dans leur partie antérieure ou postérieure, être suivie d'une atrophie notable dont l'élargissement de la cavité du nez devient la conséquence.

Je n'insisterai pas, Messieurs, sur l'étiologie, les symptômes et le diagnostic de l'affection qui nous occupe, chacun de nous ayant des idées absolument nettes sur ces parties de la question.

Quant au *pronostic*, il est absolument variable, suivant que l'on est partisan de telle ou telle théorie. Il est évident en effet que ceux qui admettent la manière de voir de Zaufal, ceux-là doivent renoncer à tout espoir de guérison, puisqu'ils ne voient dans la maladie qu'un simple vice de conformation, un arrêt de développement. Ceux, au contraire, qui se rangent à l'opinion de Fraenkel ou à ses dérivées, espérant modifier la muqueuse par un

traitement plus ou moins approprié, doivent encourager le malade à employer une médication active pour modifier d'abord et arrêter ensuite la sécrétion de la muqueuse. Pour ces derniers l'avenir du malade est moins sombre, et l'on peut affirmer qu'un jour viendra où il pourra cesser tout traitement local sans crainte de voir reparaître l'odeur caractéristique du mal. Il faut bien savoir qu'il est des cas fort avancés dans lesquels le résultat sera difficile à obtenir, mais, la plupart du temps, avec *beaucoup de patience de part et d'autre*, l'on obtiendra le résultat si longtemps recherché.

Comment s'obtient la guérison? est-ce par la régénération des parties atrophiées, est-ce, au contraire, par la disparition de presque tout le tissu glandulaire?

Il faut avouer que dans les cas avancés et anciens c'est de cette dernière manière que survient une guérison relative, c'est-à-dire que la sécrétion se tarit peu à peu et ne forme plus ces amas crouteux odorants, qui caractérisent la maladie.

Est-il possible d'obtenir le premier mode de guérison? Peut-être moins affirmatif que mes confrères, les Drs Noquet et Baratoux, je répondrai *encore timidement*, comme je l'ai déjà fait dans mon Manuel, en faisant quelques réserves sur ce sujet que j'étudie avec un soin tout spécial depuis plusieurs années. Toutefois, j'ajouterai que lorsque ce travail de réparation se produit, ce n'est généralement qu'après d'assez longs mois de traitement.

J'arrive enfin à la dernière partie de mon travail, au traitement du coryza atrophique. C'est, du reste, celui que j'ai déjà indiqué dans mon Manuel sur les maladies des fosses nasales.

Le premier point consiste à faire disparaître la mauvaise odeur, et tous les efforts doivent tendre à débarrasser les fosses nasales des mucosités qui y sont accumulées et qui occasionnent la fétidité de l'air expiré.

Dans ce but on pourra employer soit la douche nasale (irrigation), soit le bain, ou bien l'injection avec la

seringue ou la poire en caoutchouc. Malgré toutes les objections et les soi-disant inconvénients qu'elle présente, je préfère de beaucoup la douche nasale faite avec l'irrigateur, le siphon ou l'injecteur. Faut-il ajouter que de la manière d'employer ce procédé dépend souvent le succès de l'opération, et qu'il est de toute nécessité d'apprendre à la personne chargée de soigner le malade le mécanisme ou plutôt la façon dont on doit procéder pour pratiquer cette injection.

Toutefois si, malgré toutes les précautions, l'irrigation offrait quelques inconvénients sérieux, céphalée postérieure, pénétration du liquide dans les caisses, l'on se bornerait alors à prescrire au malade un bain nasal. Ce procédé, également recommandé par Löwenberg, consiste simplement à renverser fortement la tête du malade en arrière, jusqu'à ce que les deux narines forment le point le plus élevé de la cavité naso-pharyngienne. Si l'on verse alors dans l'une des narines une solution médicamenteuse, jusqu'au moment où elle vient sortir du côté opposé, on est certain que les fosses nasales sont complétement remplies de liquide. On facilitera cette petite opération en priant le malade de respirer par la bouche ou de prononcer la voyelle *â* pour maintenir le voile du palais relevé.

Enfin, d'autres fois, on se bornera à de simples aspirations qui, il faut bien le dire, sont rarement suffisantes, et auxquelles nous préférerions le gargarisme rétro-nasal, recommandé par le Dr Guinier. Mais, je le répète, l'irrigation nasale est bien plus détersive et préférable à ces divers moyens; l'on peut, du reste, considérer absolument comme exceptionnels les cas dans lesquels on est obligé de rejeter ce mode de traitement. Quant aux tampons d'ouate introduits dans les fosses nasales (procédé de Gottstein) dans le but de rétrécir ces cavités et d'éviter la dessication et la putréfaction des sécrétions, ils sont, en somme, un moyen peu pratique et qu'il est difficile de faire accepter facilement aux malades.

Presque tous les auteurs sont unanimes pour recommander l'emploi des antiseptiques qui sont, en effet, le meilleur moyen pour faire disparaître l'odeur de la rhinite atrophique et aussi pour empêcher la putréfaction et la formation des sécrétions.

Voici la manière dont je procède habituellement et que je crois devoir recommander dans l'affection qui nous occupe.

Je prescris d'abord au malade une première irrigation faite avec un litre d'eau tiède sulfureuse ou additionnée de chlorate de potasse, de bicarbonate de soude, de borax, de sel marin (une cuillerée à café par demi-litre d'eau tiède) ou mieux encore d'eaux mères de Salies-de-Bearn (une à trois cuillerées à bouche par demi-litre d'eau tiède). Lorsque cette injection a détergé, au moins en partie, les fosses nasales, je la fais suivre d'une deuxième, faite avec un demi-litre d'eau tiède additionnée d'une cuillerée à bouche d'une solution antiseptique quelconque, formulée comme suit :

Acide phénique...............	20 gr.
Glycérine pure..............	100 —
Alcool à 90°....................	50 —
Eau	350 —

Une cuillerée à bouche par demi-litre d'eau tiède.

L'acide phénique est, suivant les cas, remplacé par du chloral, de la résorcine, de l'acide salicylique, du salicylate de soude, etc.

D'autres auteurs recommandent les solutions de sublimé qui ont l'inconvénient d'être toxiques à petites doses et pourraient quelquefois déterminer des accidents.

Je dois dire qu'au début et toutes les fois que l'odeur tend à reparaître, j'ai l'habitude de reprendre la solution phéniquée. Généralement, je change le liquide tous les mois environ, de manière à éviter l'accoutumance du malade aux remèdes qu'il emploie. Après les douches

nasales, le malade termine son traitement soit par une pulvérisation, soit par des insufflations de poudre impalpable.

Je préfère le premier moyen qui a l'avantage de se diffuser beaucoup mieux, d'atteindre peut-être plus facilement toutes les parties anfractueuses de la cavité nasale et d'être d'un usage facile pour le malade. Comme pulvérisation, je me suis bien trouvé de l'emploi de solutions légèrement astringentes (tannin, alun), rendues antiseptiques par l'addition de vinaigre antiseptique, de résorcine, d'acide phénique ou de chloral.

Récemment, j'ai fait usage du thymol vanté par les médecins Américains. Mais son emploi est assez douloureux, même à petite dose, et les résultats obtenus ne sont pas de nature à me permettre de recommander cette médication de préférence à une autre.

Si l'on choisit les pulvérisations, il faudra les faire de très courte durée et tâcher simplement de diriger le jet d'eau pulvérisée dans chaque narine et un peu dans tous les sens. Souvent même il sera nécessaire de faire directement dans la cavité naso-pharyngienne des pulvérisations à l'aide d'un embout rétro-nasal.

Je conseille généralement de faire tout cet ensemble de traitement scrupuleusement *matin et soir*, et même dans quelques cas très rebelles, trois fois par jour, cela, non pendant quelques mois, mais pendant des années entières, suivant l'intensité de la maladie. S'il s'agit d'un enfant et surtout d'une jeune fille, il sera nécessaire, chez cette dernière, de continuer le traitement jusqu'au moment de l'apparition des règles et au moins pendant un an ou deux après cette époque. Car il n'est point rare de voir survenir à ce moment une recrudescence marquée dans les sécrétions de la muqueuse et, par conséquent, une augmentation de l'odeur fétide qui révèle la nature du mal.

Il est parfaitement établi, du reste, que chez les jeunes filles réglées, l'époque des menstrues (avant ou pendant)

est la période pendant laquelle l'odeur est le plus tenace et le plus prononcée.

Quant au traitement local actif fait par le médecin traitant, il pourra consister soit en quelques attouchements de la muqueuse avec des solutions de nitrate d'argent au 1/15°, où même le galvano-cautère suivant les cas et le degré du mal. Je dois avouer toutefois que la galvano-caustie me paraît peu indiquée à la période atrophique de la maladie.

Faut-il ajouter qu'une médication générale tonique au premier chef, que l'huile de foie de morue et les préparations iodées trouveront ici une indication toute naturelle.

Je ne parle point du traitement électrolytique (galvano-caustique), récemment encore recommandé par quelques auteurs (Bryson-Delavan, Garrigou-Desarènes), etc., n'ayant aucune expérience à cet égard.

Quant aux traitements chirurgicaux (raclage, ablation des cornets), ce sont des mutilations inutiles qui ne me paraissent pas devoir entrer dans la pratique, étant donné le peu de résultat qu'il faudrait en attendre.

DISCUSSION

M. Vacher emploie souvent dans le traitement de l'ozène les solutions iodées ou chloralées, les eaux sulfureuses ; ces médications donnent de bons résultats, elles permettent, dans quelques cas, de guérir les malades.

M. Henri Chatellier. — Comme vient de nous le dire si bien M. Moure, pour arriver à la vérité en ce qui concerne la nature même de l'ozène vrai, il faut se garder d'être exclusif et de s'attacher exclusivement à une théorie seule en excluant les autres. Toutes, en effet, contiennent une partie exacte, et je pense qu'en empruntant à chacune d'elles quelque chose, on arrive à une formule qui doit, à mon sens, être l'expression de la vérité. Je me disposais à exposer devant vous cette formule, quand je l'ai vue presque telle que je me la

figurais, dans le travail que M. Moure vient de nous lire.

L'ozène est une maladie qui doit avoir pour lésion primitive une lésion de l'appareil sécréteur de la muqueuse nasale. Les sécrétions modifiées rendent les cavités nasales habitables à un micro-organisme spécial. Ce micro-organisme (fort probablement un ferment) détermine des décompositions spécifiques des humeurs sécrétées et la formation de substances volatiles (fort probablement de la série des acides gras), substances volatiles qui sont toujours les mêmes et sont la cause de la mauvaise odeur. La mauvaise odeur, en effet, est toujours identique dans tous les cas d'ozène ; c'est même l'élément diagnostic qui est le plus fidèle, et permet de distinguer l'ozène vrai de beaucoup d'autres états du nez avec mauvaise odeur, et totalement différents de l'ozène vrai (lésions syphilitiques, etc.). A côté de ces trois faits capitaux, lésion spécifique de l'appareil sécréteur, ferment spécifique et odeur spécifique, viennent s'en grouper d'autres d'une importance secondaire : état rudimentaire du cornet inférieur, largeur exagérée des fosses nasales, accumulation des sécrétions, empyème des différents sinus, etc., etc., qui sont fréquents mais qui ne sont pas tous absolument constants.

Ainsi la largeur exagérée des fosses nasales se rencontre souvent sans qu'il y ait pour cela ozène vrai, avec odeur caractéristique. D'un autre côté, cette largeur exagérée existe chez des sujets qui ont de l'ozène vrai avec punaisie spéciale, chez d'autres qui ont une mauvaise odeur qui n'est pas celle de l'ozène, et enfin chez d'autres personnes encore qui ne présentent aucune mauvaise odeur. Il en est de même pour les sécrétions accumulées.

Le point capital à élucider dans la pathologie de l'ozène, c'est certainement la nature de la lésion de la muqueuse nasale, cause efficiente des accidents ultérieurs. Chez un malade de quarante-quatre ans, mort de péricardite dans le service de M. le Dr Gouguenheim, et qui avait présenté pendant la vie un ozène avec puanteur caractéristique des plus intenses, j'ai constaté des lésions que je vous demande la permission de vous décrire. Les sinus sphénoïdaux et l'antre

d'Highmore droit étaient remplis de pus ; mais ce pus *n'avait aucune odeur*. Je pense donc, à l'encontre de Michel de Cologne, que ces empyèmes n'avaient aucun rôle dans la production de la punaisie. Les cornets inférieurs étaient courts, terminés par deux extrémités atténuées, hauts de 6 millimètres à leur partie moyenne. Les deux fosses nasales avaient une très grande largeur.

Les pièces ont été recueillies dans la liqueur de Muller, soumises à la décalcification, puis coupées et colorées.

Un fait bien remarquable frappe tout d'abord à l'examen, c'est l'absence absolue de glandes dans toute l'étendue de la muqueuse qui tapisse la face interne des cornets inférieurs, tandis que la muqueuse qui tapisse leur face externe et la partie correspondante du maxillaire supérieur en est abondamment pourvue. De plus, la muqueuse de la face interne des cornets est parcourue par des vaisseaux nombreux, sanguins et lymphatiques, qui se ramifient dans une direction généralement perpendiculaire à la surface de la muqueuse. Enfin la membrane vocale est d'une minceur assez grande. Faut-il voir dans le fait de l'absence des glandes la lésion caractéristique de l'ozène ? Oui, certainement, disent les partisans de la nature atrophique de la maladie. Nous devons faire observer, à ce propos, que chez notre malade, la muqueuse a une épaisseur au moins égale à celle de la muqueuse normale et que l'os ou squelette du cornet semble aussi avoir son épaisseur normale.

Pour moi, je pense que la disparition des glandes doit être considérée non comme le facteur principal de la maladie, mais bien comme l'un de ses effets.

A mon avis la maladie frappe primitivement les glandes, et altère leurs produits de sécrétion dans un sens que nous ne connaissons pas encore, de telle sorte que le ferment spécial à l'ozène trouve, dans les liquides naseaux, un milieu de culture dans lequel il se développe. Ce ferment est l'agent de décomposition qui donne naissance aux substances volatiles odorantes. Mais en même temps la lésion des glandes aboutit à leur destruction, et c'est pour cette raison que, sur les pièces

que nous présentons à la Société, les glandes ont en partie disparu de la muqueuse nasale.

A notre avis l'ozène n'est pas causé par la destruction des glandes, car il arrive une période de la vie où il guérit et où la mauvaise odeur disparaît complètement. Peut-on admettre que les glandes, après avoir disparu, se sont reformées de nouveau? Non, évidemment, car les glandes sont des organes formés par des involutions épithéliales et que la période de reformation dans les muqueuses ne dépasse pas la période embryonnaire. L'homme adulte est aussi incapable de faire des glandes nouvelles dans sa muqueuse nasale que dans sa peau ou dans son intestin.

L'ozène guérit quand, les glandes ayant disparu, les milieux de culture propices au micro-organisme spécifique ont également disparu.

Si la destruction simple des glandes suffisait à produire l'ozène vrai, la pertedes cornets, à la suite de la syphilis par exemple, devrait aussi produire l'ozène vrai. Or il n'en est rien. Dans ces cas, il se produit de mauvaises odeurs du nez, mais elles ne ressemblent aucunement à celles de l'ozène vrai. De plus, ces états sont permanents, tandis que l'ozène vrai guérit.

Pour le moment, la question de l'ozène est plus que jamais obscure, car si l'on voit bien ce qu'il y a d'erroné dans la plupart des théories émises, on ne sait pas encore quelle est la nature véritable de cette maladie.

M. Noquet. — Je crois qu'il ne faut pas attacher une trop grande importance aux théories émises sur les causes et la nature de la rhinite atrophique, et je serais, à ce point de vue, volontiers éclectique, comme M. Moure. Ce qui, pour moi, est certain, c'est, d'une part, que l'on peut rencontrer, notamment après l'ablation des polypes muqueux, des malades ayant des fosses nasales larges, des cornets inférieurs et mêmes moyens, en quelque sorte aplatis, sans ozène, et d'autre part, que la muqueuse du cornet inférieur peut, dans certains cas de rhinite atrophique, se régénérer après un traitement prolongé.

Je serais assez disposé à admettre que dans l'affection qui nous occupe, la muqueuse enflammée s'hypertrophie tout d'abord pour s'atrophier ensuite, et c'est sans doute quand cette atrophie est à son maximum, quand les glandes sont complètement détruites, que la formation des croûtes fétides s'arrête spontanément. N'est-il pas admis à peu près par tous les observateurs que, vers l'âge adulte, la mauvaise odeur s'atténue ou même disparaît sans aucune médication?

Quant au traitement, il peut varier. La plupart des antiseptiques sont capables de rendre des services. Ce qu'il faut avant tout, c'est beaucoup de persévérance. J'ai obtenu de très bons résultats avec la méthode dont j'ai parlé l'année dernière et que je rappelle sommairement. Les douches sont pratiquées alternativement avec une solution de chlorate de potasse et une solution phéniquée. Elles sont suivies d'une pulvérisation faite avec une solution de chloral et d'acide borique. Enfin, deux fois par semaine, je badigeonne la muqueuse des fosses nasales et celle de l'arrière-cavité avec une solution de chlorure de zinc au cinquième.

M. Coupard. — Depuis trois mois, au lieu de me servir de l'ouate introduite dans la cavité nasale, j'emploie la gaze iodoformée, salolée, boratée, et cette gaze est beaucoup plus facilement supportée que l'ouate. L'air passe plus facilement entre les plis de cette gaze qui ne se tasse plus comme l'ouate. Je la fais renouveler deux fois par jour.

Je répondrai à M. Chatellier, qui ne croit pas à la régénération du tissu glandulaire, que l'on constate la reproduction des organes génitaux chez les coqs châtrés.

M. Ruault a expérimenté le napthol B dans le traitement de l'ozène vrai. Le traitement a consisté en irrigations nasales trois ou quatre fois par jour avec le liquide suivant préparé immédiatement avant chaque lavage.

Eau tiède................. 1 litre.

Ajoutez une cuillerée à dessert du mélange:

Biborate de soude.........	}	â â
Bicarbonate de soude......		

et une cuillerée à café de la solution :

Naphtol B..............	12 gr.
Alcool à 90°.............	84 —

Dans les cas les plus rebelles, on introduit dans les fosses nasales, après le premier lavage, et on laisse en place pendant un quart d'heure des tampons d'ouate imbibée de l'émulsion naphtolée suivante dont M. Ruault doit la formule à l'obligeance de M. Lebeuf :

Naphtol B..............	12 gr.
Teinture de Quillaya......	88 —
Eau....................	400 —

Le seul inconvénient du naphtol dans le traitement de l'ozène indiqué ci-dessus est la sensation de cuisson légère, éprouvée par les malades après son emploi. Quelques-uns ont un peu de larmoiement, mais ces sensations durent peu et les malades s'y accoutument bientôt.

Les avantages sont la disparition de l'odeur et la diminution notable des sécrétions croûteuses qu'on obtient assez rapidement.

Quant à la valeur absolue de ce traitement, M. Ruault n'a pas encore une expérience suffisante pour donner des renseignements précis sur ce point. Ce qu'il peut dire dès maintenant, c'est que le napthol, dans l'ozène, donne des résultats au moins égaux à ceux des autres antiseptiques.

M. Gouguenheim. — Je crois, comme M. Ruault, qu'il n'y a pas qu'un seul microbe, il y en a probablement plusieurs. On n'a donc pas à compter avec une seule cause de fétidité ; elles sont, au contraire, nombreuses, mais elles n'ont pas été toutes trouvées. Je suis disposé à penser que l'odeur des différentes rhinites est variable, probablement suivant l'espèce du microbe. La rhinite atrophique n'est donc pas toujours seule

cause de la fétidité; celle-ci peut exister dans la rhinite hypertrophique et quelquefois le même malade peut avoir simultanément de la rhinite hypertrophique d'un côté et atrophique de l'autre.

Quant à la dilatation des fosses nasales, même quand elle n'est pas une suite de la rhinite atrophique et lorsqu'elle est consécutive à des polypes du nez, je l'ai toujours vue accompagnée de fétidité qui n'était pas aussi prononcée que dans l'ozène, mais qui semblait produite par le séjour et la formation des croûtes.

En thérapeutique, je suis éclectique, et tout peut réussir à condition que la médication ne soit pas trop rapide dans son action.

M. Charazac. — M. Chatellier, se basant sur l'examen histologique dont il vient de nous parler, se demande si les glandes sont régénérées dans les cas de guérison de l'ozène. Si la guérison se produit spontanément avec l'âge, c'est précisément par la disparition du tissu glandulaire; celui-ci détruit, les sécrétions cessent et partant l'odeur qu'elles déterminent.

J'ai vu des cas d'élargissement des fosses nasales, absolument sans odeur; bien plus, j'ai observé des malades ayant de véritables bouchons de mucosité concrètes dans le nez, et cela sans odeur.

M. Baratoux. — Il existe, en effet, des rhinites fétides et des ozènes que l'on peut facilement distinguer par la culture. Dans tous les ozènes j'ai pu retrouver le micrococque décrit par Lœwenberg et aussi d'autres coccus comme celui de Friedlander.

Certains ozènes commencent par la surface de la muqueuse à l'orifice des glandes et amènent l'atrophie de la muqueuse; ces cas peuvent guérir, je l'ai souvent constaté. Dans ma communication relative aux essais de greffe, j'ai parlé de syphilis et d'ozène. Dans l'ozène vrai, je n'ai pas dit qu'il y avait des ulcérations mais des exulcérations.

M. Moure. — Il est évident qu'il existe plusieurs affections des fosses nasales susceptibles de produire de l'ozène, de véritables rhinites fétides d'origine variable, mais, ainsi que je l'ai dit dans ma communication, je n'ai en vue, dans ce travail, que *le coryza atrophique*, l'affection, non ulcéreuse, des fosses nasales entraînant la punaisie, l'odeur connue de tous.

UN CAS DE CANCER DU LARYNX. — CONSIDÉRATIONS SUR LA LARYNGECTOMIE

Par le Dr J. CHARAZAC, de Toulouse.

Krishaber (1) considérait comme très rares les tumeurs malignes primitives du larynx; mais, même en nous plaçant à son point de vue et en ne désignant sous la dénomination de *cancer du larynx* que les tumeurs malignes de cet organe débutant primitivement par un point quelconque autre que la face aryténoïdienne, on a assez souvent l'occasion d'en observer des exemples. Aussi l'observation que j'ai l'honneur de vous soumettre, n'aurait-elle par elle-même grand intérêt si elle ne nous permettait de soulever au sein de la Société de Laryngologie une question toute d'actualité : la question de la laryngectomie.

Observation. — M. X..., âgé de soixante ans, se présente dans mon cabinet le 1er octobre 1887. Depuis de longues années il était sujet à des enrouements fréquents qui survenaient surtout lorsqu'il fatiguait sa voix plus que de coutume, et qui avaient aussi probablement pour cause l'abus du tabac. Mais, depuis environ un an et demi, l'aphonie est devenue permanente et, sur le conseil de son médecin, le malade a suivi pour se soigner diverses stations thermales,

(1) Krishaber : Cancer du larynx. *Dictionnaire Encyclop. des sciences méd.*, 2e série, t. 1er, p. 770.

Cauterets d'abord, puis Luchon, d'où il m'est adressé par mon excellent confrère et ami, M. le Dr Ferras.

Quand le malade se présente à mon examen, son état général est excellent, les forces et l'appétit sont conservés, le sommeil est bon, la respiration facile, la toux et l'expectoration sont nulles, l'haleine est forte, mais non fétide. En somme, la perte de la voix est le seul symptôme qui inquiète le malade; il éprouve cependant de légères douleurs lancinantes qui se produisent surtout le soir et qui vont s'irradiant du côté droit du larynx à l'oreille correspondante.

M. X... n'a pas d'antécédents héréditaires ni morbides; marié jeune, sa conduite a toujours été austère; il nie la syphilis et ne présente d'ailleurs aucun signe pouvant faire songer à cette affection; notons en passant (1) que sa femme est morte depuis quelques années d'un cancer au sein. A l'auscultation, le cœur et les poumons sont absolument normaux. La voix, sans être absolument éteinte, est très altérée, le malade est obligé de faire un effort pour arriver à émettre un son.

A l'examen, le pharynx est sain, le larynx révèle les conditions suivantes : l'épiglotte et le côté gauche du larynx sont congestionnés et présentent les signes ordinaires de la laryngite chronique simple; à droite, l'aryténoïde et le repli ary-épiglottique sont normaux, mais au niveau de la corde vocale on constate une ulcération grisâtre, assez profonde, à fonds grisâtre et occupant le centre d'une tuméfaction qui a envahi la bande ventriculaire et qui retrécit de moitié l'orifice glottique. Il n'existe cependant pas, nous l'avons vu, de gêne respiratoire.

Les antécédents du malade, la marche et le siège de la lésion, son aspect, ne me permettaient guère d'admettre la syphilis, encore moins la tuberculose ; je portai donc le diagnostic, tumeur maligne du larynx, probablement de nature épithéliale; mais, sachant combien dans certains cas l'erreur

(1) On a décrit un microbe dans le cancer, et quelques rares auteurs croient à la contagion de cette maladie. Bien qu'une pareille théorie soit loin d'être démontrée, j'ai tenu à noter cette particularité dans le cas de mon malade.

est facile, je prescrivis par acquit de conscience le traitement spécifique : sirop de Gibert, deux cuillerées à bouche par jour et un traitement général tonique. Ce traitement fut suivi pendant quinze jours sans amener aucune amélioration.

Le 15 octobre, je fais cesser le sirop de Gibert, et je prescris des pulvérisations phéniquées, de l'arsenic à l'intérieur, du vin de quinquina.

Le 5 novembre, le malade se plaint d'éprouver depuis quelques jours un peu de gêne respiratoire, qui se manifeste surtout quand il se livre à un exercice un peu pénible ; la douleur à la gorge, sans être considérable, est cependant plus marquée. Au laryngoscope, je constate un léger accroissement de la tumeur dont une saillie lisse et d'un rouge vineux vient me cacher la partie ulcérée. Le malade rend de loin en loin des crachats striés de sang.

A partir de cette époque la gêne respiratoire s'accrut tous les jours en même temps que la tumeur envahissait le côté droit tout entier du larynx. Le dimanche, 18 décemhre, à la suite d'une course assez longue, un premier accès de suffocation se produisit qui dura un quart d'heure environ, mais la nuit suivante la respiration devient de plus en plus gênée, et je dus, au milieu de la nuit, me rendre à la maison de campagne du malade, prêt à faire la trachéotomie. A mon arrivée, M. X... respire assez bien, et tout danger paraît provisoirement écarté. Dès ma première consultation, je l'avais prévenu de la probabilité d'une intervention chirurgicale prochaine ; de nouveau, je lui annonce la nécessité d'intervenir bientôt.

Le 25, je revoie le malade en consultation avec MM. les Drs Ferras (de Luchon) et Cadène. On décide que le malade viendra habiter Toulouse où l'on pourra plus facilement lui donner les secours que pourrait nécessiter son état. Pendant toute la durée de janvier, la situation va s'aggravant. Le 4 février, l'examen du larynx révèle l'état suivant : le côté droit est envahi tout entier par une tumeur violacée, bourgeonnante, d'aspect muriforme. L'aryténoïde infiltré ne fonctionne plus. A gauche, la corde vocale est érodée

rouge, la muqueuse est légèrement œdématiée, mais ne paraît pas cependant envahie par le processus néoplasique, la respiration se fait de plus en plus mal, il existe un tirage permanent, la respiration est bruyante, la nuit surtout.

A partir du 10 février les accès de suffocation reparaissent assez fréquents sous l'influence de la cause la plus légère; la trachéotomie est décidée, j'expose encore une fois au malade la gravité de la situation et lui fais entrevoir la possibilité d'une seconde opération destinée, après la trachéotomie, à tenter une cure radicale. Mais, ne voulant prendre sur moi seul la responsabilité d'une pareille décision, je fais venir de de Bordeaux M. Moure en consultation. M. Moure constate les lésions précédemment décrites, confirme mon diagnostic et se prononce avec M. Ferras et moi en faveur de la possibilité d'une extirpation du larynx.

Le 19 février, je pratique la trachéotomie assisté de MM. les Drs Moure, Ferras et Cadène. L'opération fut rapidement faite sans incidents. Les suites furent des plus simples, le malade n'eut pas de fièvre, un peu de trachéïte sans inflammation des bronches et, quelques jours après, il était debout.

Depuis cette époque j'ai pu constater à diverses reprises les progrès lents mais certains de la tumeur. Cependant, au point de vue général, le malade se trouve tout à fait bien.

Le sommeil est bon, l'appétit et les forces se maintiennent, le malade a vu son poids augmenter de trois kilos depuis l'ouverture de la trachée; il se plaint toutefois d'accès de toux qui surviennent pendant les repas et qui sont dus au passage de parcelles d'aliments par le larynx, parcelles qui sont ensuite rejetées par la canule. L'examen laryngoscopique que j'ai pratiqué une dernière fois le 23 avril permet d'expliquer cet accident. L'infundibulum laryngé est rempli tout entier par la tumeur et soulève légèrement l'épiglotte encore saine et l'empêche de remplir son rôle obturateur pendant la déglutition. Il n'existe pas encore d'engorgement ganglionnaire.

Dans l'observation qui précède, nous avons cru pouvoir

proposer au malade l'extirpation du larynx, sans lui cacher toutefois les dangers que pouvait lui faire courir cette opération. Si elle n'a pas été faite, cela tient à des raisons qui n'ont absolument rien de scientifique. Cependant, lorsqu'on parcourt la liste déjà longue des laryngectomies pratiquées jusqu'à ce jour, on est effrayé du nombre considérable de décès qui en sont la conséquence. En prenant pour base la statistique fort complète publiée récemment par notre confrère, M. Baratoux (1), nous voyons qu'il a été fait jusqu'à ce jour cent cinquante-trois extirpations du larynx (2); sur ce nombre cent trente-cinq seulement ont été pratiquées pour des tumeurs malignes. Sur ces cent trente-cinq extirpations l'ablation totale a été faite quatre-vingt-dix-huit fois, avec soixante-seize morts et vingt-une guérisons; la résection partielle, soit totale, moins l'épiglotte, soit seulement partie du cartilage neuf fois, avec six morts et trois guérisons; l'ablation unilatérale vingt-huit fois avec quatorze morts et treize guérisons. Il résulte de ces chiffres que dans l'extirpation totale les deux tiers des opérés, et la moitié dans l'extirpation partielle, meurent à la suite de l'opération, et encore convient-il d'ajouter que parmi ceux qui échappent aux dangers inhérents à l'intervention chirurgicale, la moitié succombent dans les quatre ou cinq premiers mois qui suivent l'extirpation. De sorte que si l'on analyse les cas de guérisons, et en ne considérant comme réellement guéris que les malades qui ont obtenu une survie d'au moins un an, on constate que dix-huit opérés seulement sur cent trente-cinq ont retiré la laryngectomie un réel bénéfice.

La trachéotomie dans le cancer laryngé n'est qu'une

(1) Baratoux. — De l'extirpation du larynx (*La Pratique Médicale*, 22 et 29 novembre 1887).

(2) En ajoutant à ce chiffre les deux malades de M. Moure, opérés par M. le professeur Demons, et la malade du professeur Cacciopoli, de Naples, nous arriverons au chiffre de cent cinquante-six opérés avec cinquante-une guérisons.

opération palliative. « Elle donne cependant, ainsi que le fait observer Schwartz (1), des résultats bien supérieurs à ceux obtenus par la laryngectomie, sans faire courir aux malades les dangers inhérents soit à l'extirpation totale soit à l'extirpation partielle du larynx. » Le tableau suivant emprunté au même auteur (2) nous permettra d'apprécier les résultats fournis par la trachéotomie.

Survie après la trachéotomie pour cancer du larynx :

Mort immédiate	3 fois.
0 à 1 jour	3 —
1 à 2 jours	2 —
2 à 8 jours	5 —
15 jours à 1 mois	6 —
1 à 2 mois	6 —
2 à 6 mois	19 —
6 mois à 1 an	32 —
1 à 2 ans	12 —
2 à 3 ans	2 —
3 à 4 ans	1 —
Quelques jours	3 —
Quelques mois	2 —

Comme on le voit par ce tableau, certains opérés ont pu vivre un an, quelquefois plusieurs années après la trachéotomie, et l'on peut en moyenne évaluer de six à huit mois la survie que l'on obtient par cette opération.

En présence de tels résultats on comprend facilement que certains laryngologistes, et non des moins expérimentés, Solis-Cohen, par exemple, se soient posés en adversaires résolus de la laryngectomie. Doit-on cependant la rejeter d'une manière absolue et s'en tenir toujours à la trachéotomie? Nous ne le pensons pas.

La trachéotomie est moins dangereuse, elle procure aux malades dans bien des cas une survie égale et même supérieure à celle fournie par la laryngectomie, mais elle

(2) Schwartz. — Des tumeurs du larynx, p. 284.
(1) *Ibid.*, p. 276.

ne les guérit pas. En outre, le bien-être relatif qu'ils éprouvent après l'ouverture de la trachée n'est le plus souvent que de courte durée. Le mal continue ses progrès, les douleurs s'accroissent, la déglutition devient de plus en plus pénible, et l'infortuné malade passe les derniers mois de sa vie dans une cruelle situation à laquelle pour beaucoup d'entre eux la mort peut paraître préférable.

En présence d'une pareille perspective et malgré les dangers de l'extirpation, nous croyons que le chirurgien est autorisé à la tenter dans certains cas. Elle peut en effet réussir et permettre au malade de vivre quelquefois pendant des années dans des conditions très supportables. Je suis d'ailleurs persuadé que les statistiques iront s'améliorant à mesure que les chirurgiens, tenant un compte plus exact de la situation des malades, élimineront les cas défavorables et dans lesquels l'insuccès peut être considéré comme la règle pour s'en tenir à ceux qui présentent les chances les plus grandes de réussite. Tous les cas de cancer du larynx ne sont pas, en effet, justiciables de l'extirpation, et, lorsqu'on parcourt les observations publiées jusqu'à ce jour, on s'aperçoit que dans un bon nombre de cas l'intervention devait presque fatalement aboutir à un insuccès opératoire ou à une récidive prochaine.

Un certain nombre d'opérés avaient plus de soixante-dix ans ; deux d'entre eux ont survécu quelques mois, les autres sont morts dans les trois ou quatre jours qui ont suivi l'opération.

Aussi croyons-nous qu'à moins d'avoir affaire à des sujets d'une vigueur exceptionnelle, on devra, dans les cas de ce genre, se contenter de pratiquer la trachéotomie. A cet âge en effet, qui confine à l'extrême vieillesse, l'organisme d'ordinaire n'a plus la force de réaction suffisante pour supporter une opération de cette gravité. Les complications pulmonaires qui accompagnent si souvent la laryngectomie sont plus fréquentes et plus graves chez le vieillard.

Dans d'autres cas, les opérés, sans être aussi âgés, étaient très affaiblis lors de l'extirpation, par le manque d'air consécutif à la sténose laryngée qui s'était progressivement établie et durait parfois depuis longtemps.

Quant à la récidive. elle était à prévoir dans bien des cas, soit parce qu'il existait de l'infiltration ganglionnaire, et l'on sait cependant combien elle est tardive dans le cancer du larynx, soit en raison de la situation du néoplasme.

L'extirpation ne présente en effet de chances sérieuses de succès que lorsque la tumeur est exactement limitée à l'intérieur du larynx et lorsqu'elle n'a pas franchi la cuirasse protectrice qui lui est fournie par le cartilage du larynx. A ce point de vue nous partageons pleinement les idées de Butlin (1) : « Le cancer extrinsèque du larynx, » dit-il, celui qui naît à la limite des voies digestives, est » de tous le plus mauvais : il atteint les ganglions, et » quelquefois de bonne heure il s'infiltre profondément » et s'étend assez rapidement ; contre lui l'extirpation du » larynx est pour ainsi dire frappée d'insuccès, la récidive » est donc presque certaine, laissant de côté toute question opératoire. Quant au cancer intrinsèque, il est » moins grave, il diffuse plus lentement, il envahit bien » plus rarement les glandes lymphatiques. De plus il est » assez souvent localisé à la moitié de l'organe. Dans » ces conditions l'extirpation partielle ou totale est permise; elle est contre-indiquée si les ganglions sont » pris et si la maladie a franchi les limites cartilagineuses. »

L'extirpation partielle donne des résultats bien supérieurs à ceux obtenus par l'ablation totale ; de plus, la récidive n'est pas plus fréquente dans le premier cas que dans le second. Aussi est-il fort important d'établir de bonne heure le diagnostic de la maladie, d'autant plus que l'intervention aura des chances d'autant plus

(1) Cité par Schwartz, *loc. cit.*, p. 234.

grandes de réussir que le malade sera moins affaibli.

L'examen du larynx pratiqué par un laryngoscopiste expérimenté *permettra dans la plupart* des cas d'arriver à un diagnostic précis. Le plus souvent le cancer débute dans le larynx par un gonflement irrégulier, mal défini, siégeant sur l'un des côtés de l'organe, le plus souvent sur la bande ventriculaire ou sur la corde vocale. La tumeur reste longtemps limitée à la partie primitivement atteinte et ne gagne que lentement les parties voisines. C'est à cette période que la laryngectomie partielle peut être tentée avec les chances les plus grandes de succès. Plus tard le néoplasme s'ulcère, envahit la région aryténoïdienne, tout en restant limitée à un côté de l'organe; l'intervention est encore possible, mais il faut pratiquer l'extirpation totale. A cette période de l'évolution de la maladie, le diagnostic est encore plus facile qu'au début. D'ailleurs à l'une ou l'autre de ces deux phases du cancer laryngé, la syphilis est la seule maladie avec laquelle on puisse facilement le confondre. On devra donc toujours se conformer à cette règle posée par Morell-Mackenzie : « On ne doit jamais affirmer qu'un malade est atteint de cancer avant de lui avoir fait suivre un traitement antisyphilitique destiné à lever tous les doutes. »

Dans ces conditions le diagnostic étant porté de bonne heure, l'intervention, si elle est acceptée, aura beaucoup plus de chance de succès, et la laryngectomie, nous en sommes convaincus, tout en restant une opération des plus graves, pourra entrer dans la pratique chirurgicale ordinaire.

DISCUSSION

M. Ruault s'associe d'autant plus volontiers aux conclusions de M. Charazac, qu'elles concordent avec celles d'une note qu'il a présentée à la fin de l'année dernière à l'Académie de Médecine, en commun avec M. Charles Monod. Ce sont d'ailleurs celles que MM. Moure et Demons ont tirées

des deux faits qu'ils ont présentés récemment au Congrès de chirurgie. Toutefois M. Ruault fait remarquer que dans leur communication à l'Académie, M. Monod et lui ont cherché à établir les indications de la laryngectomie, plus exactement qne l'ont fait MM. Demons et Moure et M. Charazac. Ceux-ci disent : cancer extra-laryngé, pas de laryngectomie; cancer intra-laryngé, laryngectomie. MM. Monod et Ruault, tout en posant en principe que ce sont surtout les cancers intra-laryngés qui sont justiciables de l'opération, insistent sur l'indication formelle d'enlever, soit par la laryngectomie totale ou partielle, soit par la thyrotomie si le diagnostic est établi dès le début, les épithéliomas lobulés cornés des cordes vocales inférieures. Les statistiques montrent en effet que ces cancroïdes peuvent rester plus longtemps sans récidive que les autres cancers. Le malade, dont le larynx a été présenté à l'Académie par MM. Monod et Ruault, portait une tumeur de cette nature *exactement limitée* à la partie ligamenteuse de la corde vocale inférieure. Les cas analogues ne sont pas très rares, et l'on comprend l'intérêt qu'il y aurait à faire le diagnostic de bonne heure et à opérer de suite.

D'ailleurs, dans tous les cas de cancer du larynx, l'opération aurait toujours plus de chance de réussir si elle était faite dès le début. Si les laryngologistes étaient un peu plus chirurgiens, et si les chirurgiens connaissaient mieux la laryngologie encore étrangère à beaucoup d'entre eux, la laryngogectomie serait pratiquée plus souvent avec succès. Il est bien probable que si les statistiques actuelles sont aussi désastreuses, c'est que dans la grande majorit é des casl'opération a été faite beaucoup trop tard. Le laryngologiste qui fait le diagnostic n'ose pas opérer lui-même, il a recours au chirurgien; celui-ci hésite souvent à opérer de suite, il conseille de recommencer le traitement anti-syphilitique; le temps passe, la lésion marche et, quand l'opération est enfin décidée, on a déjà perdu 30 ou 40 0/0 de chance de succès qu'on avait au début. M. Ruault ne doute pas, pour sa part, que la laryngectomie n'arrive d'ici peu à entrer dans la pratique chirurgicale. Cette opération sera toujours, *comme toutes les*

ablations de cancers, une opération seulement *palliative* dans l'immense majorité des cas heureux et très exceptionnellement *curative*, mais selon toute vraisemblance elle donnera dans beaucoup de cas une survie bien plus longue que l'abstention encore conseillée l'an dernier par quelques chirurgiens de l'Académie de Médecine. M. Ruault dit *l'abstention*, parce qu'il se refuse absolument à considérer la trachéotomie comme un traitement du cancer du larynx. La trachéotomie n'est qu'une opération de nécessité, parant momentanément aux accidents immédiats dus à la sténose laryngée.

La trachéotomie ne peut pas plus être considérée comme un mode de traitement dans le cancer laryngé que la gastrotomie dans le cancer de l'œsophage.

M. Moure appuie l'opinion de MM. Charazac et Ruault. Les statistiques d'extirpation du larynx, faites jusqu'à ce jour, ont une valeur bien minime, étant données les mauvaises conditions dans lesquelles on a généralement opéré; les deux faits rapportés par M. Demons en sont un exemple. Dans l'un, la tumeur avait débuté par l'épiglotte et envahi les parties extra-laryngées. La récidive était possible et elle se produit en ce moment sur la base de la langue, ainsi que je l'ai constaté, il y a déjà plus d'un mois. Le deuxième malade atteint d'un épithélioma intra-laryngé est et reste guéri.

M. Moure s'élève ensuite contre l'opération palliative, c'est-à-dire la thyrotomie dans le cas de tumeur maligne de l'organe vocal. C'est là une opération au moins inutile qui ne permet pas de dépasser les limites du mal et, par conséquent, expose presque fatalement à une récidive. Il rapporte deux faits qu'il a pu observer et dans lesquels l'insuccès de la thyrotomie a été évident, malgré les apparences laryngoscopiques les plus favorables à l'opération. La thyrotomie a de plus le grave inconvénient, au moment où la récidive se fait, d'offrir une porte de sortie à la tumeur qui vient alors faire hernie au-devant du cou et former une plaie hideuse qui tourmente le malade et son entourage jusqu'au moment fatal.

M. Coupard croit intéressant d'attirer l'attention sur un fait récemment observé qui montre combien est parfois difficile le diagnostic du cancer. Un malade âgé consulte l'an dernier quatre spécialistes de Paris qui font le diagnostic de cancer : un traitement à l'iodure de potassium, sirop de Gibert, frictions mercurielles, n'a donné aucun résultat. Le malade va à Vienne, deux médecins diagnostiquent encore le cancer; la laryngectomie est proposée, mais pas acceptée. Le sujet revient en France et doit subir la trachéotomie. Alors on le soumet aux injections de peptonate de mercure, et le malade est actuellement en voie de guérison. M. Coupard insiste sur la nécessité de faire en pareil cas un traitement spécifique des plus rigoureux.

M. Baratoux. — Les statistiques, même celle que j'ai publiée, contiennent quelques erreurs par suite des observations parues en double ou en triple, et par suite aussi des erreurs de diagnostic; on a dit en effet que certains opérés étaient atteints de cancer lorsqu'ils n'avaient que des sténoses syphilitiques ou des tumeurs de nature tuberculeuse.

L'extirpation totale a été faite 112 fois, dont 105 pour des cancers et 7 pour des sarcomes.

L'extirpation partielle a été pratiquée 30 fois dont 28 pour cancers et 2 pour sarcomes.

L'extirpation unilatérale a été faite 25 fois, dont 22 pour cancers et 3 pour sarcomes.

Il est nécessaire de bien distinguer l'opération partielle de l'unilatérale, car le résultat est bien différent : la première a donné 23 0/0 de morts dans les premiers jours et 12 0/0 de guérisons; la seconde, au contraire, n'a donné qu'une mortalité de 12 0/0 dans les deux premières semaines, et la guérison a été de 20 0/0. Quand l'extirpation est totale, il y a seulement 8,5 0/0 de guérisons.

Les chirurgiens français ont d'abord préféré la trachéotomie, mais ils ne tardèrent pas à devenir partisans de la laryngectomie, car il résulte de ma statistique au sujet de la trachéotomie que

24 malades sont morts dans les deux premières semaines ;
4 — ont succombé immédiatement;
20 — ont pu vivre plus de deux mois ;
82 — ont succombé dans le cours de la sixième année,
et que 17 seulement (dont un malade que j'ai adressé en 1883 à M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis et qui n'a pas été opéré, je ne sais pour quel motif) ont vécu de un à cinq ans; ce qui donne seulement une proportion de 12 7 0/0 de guérisons, chiffre bien inférieur à celui que donne l'extirpation unilatérale, mais égal toutefois à celui de l'extirpation partielle.

M. Gouguenheim demande si dans le cas de grande survie il y a eu examen microscopique de la tumeur, car les erreurs de diagnostic ne sont pas impossibles; et l'on peut facilement prendre pour des cancers certaines tumeurs en choux-fleurs de nature tuberculeuse, et certaines tumeurs mamelonnées, d'origine syphilitique.

M. Baratoux répond qu'il a écarté de sa statistique tous les cas douteux.

Séance du 27 avril.

M. le Dr Berger (de Graetz), présenté par MM. Gouguenheim et Chatellier, est nommé membre de la Société ; le vote a lieu après avis favorable du Comité.

REMARQUES SUR CERTAINES OBSTRUCTIONS NASALES

par le Dr C. MIOT.

Il existe, chez un certain nombre de malades, des atrésies ou des obstructions des fosses nasales qui troublent les fonctions respiratoires et rendent trop souvent nécessaire une intervention chirurgicale.

Les obstructions dont nous allons nous occuper concernent les épaississements cartilagineux ou l'hypertrophie de la lame quadrangulaire de la cloison des fosses nasales.

Il nous a paru utile de rappeler brièvement l'anatomie de la région avant de traiter la question qui fait le sujet de ce travail.

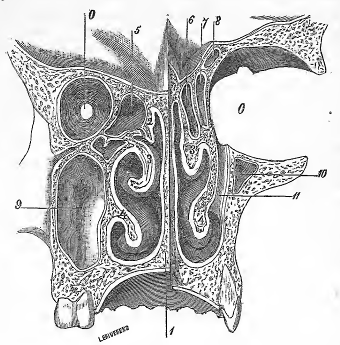


Fig. 1.

Coupe verticale et transversale des fosses nasales faite sur un plan plus profond du côté droit que du côté gauche (empruntée au *Traité théorique et pratique*, de C. Miot et G. Baratoux, Paris, 1884.)

0, Cavités orbitaires; 1, cloison; 2, cornet supérieur; 3, cornet moyen; 4 cornet inférieur; 5, sinus frontal; 6, 7, 8, cellules éthmoïdales; 9, 10, sinus maxillaire; 11, canal nasal.

ANATOMIE

Les fosses nasales sont deux cavités spacieuses représentant les parties les plus élevées des voies respiratoires. Elles servent au passage de l'air destiné aux

poumons et logent les diverses branches du nerf olfactif.

Elles forment au milieu de la face une saillie ayant la forme d'une pyramide triangulaire appelée nez. Cette pyramide est ordinairement considérée comme ayant sa base confondue avec la face et trois parois : deux latérales et une inférieure. Les parois latérales sont rigides, fixes, constituées par les apophyses montantes des maxillaires supérieurs et les os propres du nez, dans leur moitié supérieure environ; élastiques, mobiles, formées par un tissu fibro-cartilagineux, dans leur moitié inférieure, elles constituent les ailes du nez.

Les fosses nasales sont divisées en deux cavités (*fig. 1*) séparées l'une de l'autre par la cloison 1. Ces cavités sont semblables.

Chacune d'elles a une paroi supérieure,
externe,
inférieure,
interne;
une ouverture antérieure ou méat nasal antérieur;
— postérieure ou choanne.

Paroi supérieure. — Elle est très étroite, plutôt un bord qu'une face, sans grand intérêt pour nous.

Paroi externe (*fig. 2*). — Vue de face après avoir fait une coupe antéro-postérieure comme celle de la fig. 2; elle présente des saillies et des dépressions. Quelques-unes de celles-ci nous intéressant particulièrement, nous en dirons quelques mots.

Des trois cornets, le supérieur et le moyen sont formés par l'ethmoïde, tandis que l'inférieur, A B, est un os spécial.

Les cornets se détachent de la paroi externe et s'avancent dans l'intérieur de la cavité en se contournant sur eux-mêmes de haut en bas, de manière à laisser entre leur portion recourbée et la paroi externe un espace désigné sous le nom de méat. Étagés l'un au-dessous de l'autre, ils sont au nombre de trois, distingués sous les

noms de *supérieur, moyen, inférieur*. Mais il n'est pas rare d'en rencontrer quatre et même cinq.

Ils ne sont pas tous de la même longueur ; le supérieur est le plus court, l'inférieur est le plus long. Celui-ci a souvent un grand volume, principalement chez les scrofuleux, par suite de l'hypertrophie de la muqueuse qui le recouvre, de telle sorte que, s'il existe en même temps une déviation sensible de la cloison, ces deux par-

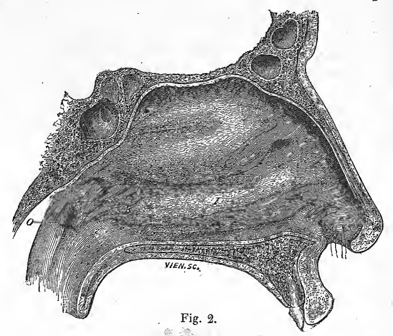


Fig. 2.

Paroi externe des fosses nasales.

A B, cornet inférieur.

ties se touchent et la lumière de la fosse nasale es réduite à deux cavités étroites, dont l'une est située au-dessus du cornet inférieur, et l'autre au-dessous, ou bien à une seule, quand l'une d'elles est comblée par la muqueuse hypertrophiée et les parois déformées. Dans tous les cas, ces ouvertures sont fréquemment obstruées par des mucosités plus ou moins consistantes.

Paroi inférieure ou plancher. — Cette paroi a ordinairement une légère concavité transversale et une surface assez régulière, mais il n'est pas rare de la voir présenter des inégalités ayant la forme de saillies arrondies plus

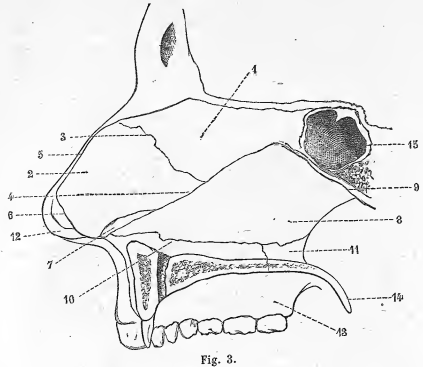


Fig. 3.

Coupe antéro-postérieure des fosses nasales.

1, lame perpendiculaire de l'ethmoïde; — 2, cartilage de la cloison; — 3, bord postéro-supérieur uni à la lame perpendiculaire de l'ethmoïde; — 4, bord postéro-inférieur uni au vomer; — 5, bord antéro-supérieur; — 6, bord antéro-inférieur; — 7, cartilage accessoire constant allant jusqu'à l'épine nasale antéro-inférieure; — 8, bord postérieur du vomer; — 9, base du vomer; — 10, apophyse palatine du maxillaire supérieur uni au bord inférieur du vomer; — 11, os palatin uni au même bord; — 12, sous-cloison; — 13, maxillaire supérieur droit; — 14, sinus sphénoïdal.

ou moins prononcées. Elle forme la voûte palatine constituée en avant par l'os maxillaire, en arrière par l'os palatin.

Paroi interne ou cloison, (fig. 3). — Elle est formée par le

vomer et la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. Ces deux os se touchent en arrière, mais ils laissent entre eux un espace rempli par un cartilage qui est comme la clef de voûte du nez (Sappey). Le cartilage n'est pas triangulaire mais quadrilatère (Sappey) et présente quatre bords : un bord supéro-postérieur, un supéro-antérieur, un inféro-antérieur, un inféro-postérieur :

Bord supéro-postérieur. — Il s'unit à la lame perpendiculaire de l'ethmoïde comme les cartilages costaux aux côtés.

Bord supéro-antérieur. — Il s'étend des os propres du nez au bout du nez et se continue en haut avec les cartilages latéraux du nez.

Bord inféro-antérieur. — Il va du bord précédent à l'épine nasale et correspond à la sous-cloison dans ses parties inférieures.

Bord inféro-postérieur. — En avant, il adhère à la crête formée par la ligne de jonction des apophyses palatines.

En arrière, il pénètre assez profondément entre les lames du vomer qui s'écartent beaucoup plus l'une de l'autre dans leurs parties antérieures que dans leurs parties postérieures, de telle sorte qu'il a une épaisseur beaucoup plus grande en avant qu'en arrière. Cet épaississement de la cloison forme parfois, d'après Cruveilhier, dans l'une ou l'autre narine, une saillie telle qu'elle a pu en imposer pour un polype.

Le cartilage se prolonge parfois dans le vomer jusqu'au corps du sphénoïde.

La cloison, verticalement placée, est fréquemment déviée, ainsi que le prouvent quelques recherches résumées ci-dessous et indiquées dans l'ouvrage de Mackenzie. Sur 117 crânes elle était déviée 73,5 fois 0/0 (Theile). Sur 370 crânes, la déviation a été notée 140 fois, c'est-à-dire 37,8 fois 0/0 (Zuckerkandl), dont 20 fois à gauche et 15 fois à droite. Dans 4 cas, la déviation avait la forme d'un *s* italique.

Sur 2,152 crânes examinés par Mackenzie et Taylor, 1.657 ou 79,9 0/0 avaient une cloison déviée. Chez 8,38 ou 38,9 0/0, la déviation était à gauche, tandis que chez 609 ou 28,2 0/0 elle était à droite.

Sur 205 ou 9,5 0/0, la cloison avait une forme en *s* italique. Sur 5 ou 0,25 0/0 la déviation était tout à fait irrégulière et avait le type en zig-zag.

Zuckerkandl a examiné aussi des crânes ne provenant pas d'Européens, et il est arrivé à cette conclusion: que la déviation de la cloison se rencontre beaucoup plus fréquemment dans les races supérieures que dans les autres.

La cloison reste droite jusqu'à l'âge de sept ans (Zuckerkandl), mais Welcker affirme qu'elle peut être déviée dès l'âge de quatre ans. De même que J. Charazac, de Toulouse, nous avons vu plusieurs enfants au-dessous de six ans présenter une certaine déviation de la cloison; nous devons ajouter que c'est à partir de six ou sept ans que la déviation devient plus fréquente.

La lame perpendiculaire de l'ethmoïde et le vomer doublés du périoste ont une résistance et une épaisseur assez grande. Mais le cartilage triangulaire n'a guère qu'un millimètre et demi d'épaisseur et aurait peu de résistance, s'il n'était pas consolidé par une fibro-muqueuse qui en tapisse les deux faces. Doué de peu de vitalité, il n'a pas de vaisseaux qui lui soient propres; c'est ce qui explique pourquoi il se nécrose si facilement et pourquoi, si on lui enlève les vaisseaux qui le nourrissent, en détruisant la muqueuse qui le recouvre, on crée si facilement dans la cloison une perforation dont l'étendue varie avec celle de la muqueuse détruite.

Orifices des fosses nasales. — Orifices antérieurs. — Chacun d'eux représente un ovale dont la petite extrémité est dirigée en avant et la grosse en arrière. Ils regardent directement en bas; d'où il résulte que l'on est obligé de diriger en arrière la tête du patient pour pratiquer commodément la rhinoscopie antérieure.

Le méat nasal antérieur étant fibro-cartilagineux est très mobile et peut être modifié dans sa forme, suivant le spéculum que l'on y introduit.

Orifices postérieurs. — Chacun d'eux a la forme ellipsoïdale et regarde directement en arrière.

Muqueuse. — Cette muqueuse, dite membrane pituitaire ou de Schneider, a une coloration rougeâtre dont la teinte varie un peu suivant les parties qu'elle recouvre, Nous n'entrerons pas ici dans tous les détails de sa structure. Nous dirons seulement qu'elle reçoit beaucoup de vaisseaux.

Les artères sont très nombreuses et nous font comprendre pourquoi les rhinorrhagies sont si fréquentes après un traumatisme même léger. Elles proviennent de la maxillaire interne et de l'ophthalmique.

Les veines sont en grand nombre et ont un calibre supérieur à celui des artères. Beaucoup se dirigent vers le trou sphéno-palatin et se jettent dans le plexus veineux de la fosse zygomatique après s'être réunies en plusieurs troncs. Plusieurs aboutissent aux veines du nez qui se rendent à la faciale. Enfin un certain nombre débouchent dans les veines ethmoïdales antérieures et postérieures, de telle sorte qu'elles établissent une communication entre les deux circulations veineuses intra-crânienne et nasale.

Les vaisseaux lymphatiques, connus depuis les belles recherches d'E. Simon, aboutissent par deux troncs distincts : l'un à un ganglion situé en avant du corps de l'axis, l'autre à des ganglions placés auprès des grandes cornes de l'os hyoïde. C'est ce qui nous explique la présence des ganglions lymphatiques dans la région hyoïdienne pendant le cours des rhinites.

Les nerfs sont de sensibilité spéciale et générale. Le premier est le nerf olfactif dont les filets passent à travers les trous de la lame criblée de l'ethmoïde pour aller innerver le tiers supérieur environ de la cloison ainsi que les cornets supérieur et moyen.

Les seconds proviennent :

1° Du sphéno-palatin (br. du maxillaire supérieur, 5e paire) et du nerf vidien, qui se distribuent aux parties supérieure et postérieure de la cloison ;

2° Des branches nasales de l'ophthalmique qui aboutissent à la partie supéro-antérieure de la cloison, ainsi qu'à la partie supérieure de la paroi externe;

3° Du naso-palatin donnant des filets à la partie moyenne de la cloison;

4° Du nerf palatin antérieur se rendant aux cornets moyen et inférieur;

5° Des rameaux du grand sympathique provenant du ganglion sphéno-palatin et du ganglion ophthalmique qui reçoivent leurs racines de la moelle par l'intermédiaire des ganglions cervicaax et thoraciques.

Historique.

On a peu écrit sur les épaississements de la cloison dont nous allons nous occuper. Quelques auteurs, comme Trélat (1868), Tillaux (1874), Verneuil (1875), ont publié quelques observations intéressantes. D'autres, tels que Casabianca principalement, puis Terrier, E. J. Moure, en France; Bosworth, Krieg, Genzner..., à l'étranger, en ont parlé dans leurs ouvrages ou ont publié des observations sur ce sujet.

Nous avons vu dix cas de ce genre qui nous permettent aujourd'hui de joindre aux faits acquis le résultat de nos observations.

Anatomie pathologique. — Nous avons enlevé à des malades des morceaux de lame quadrangulaire hypertrophiée de la cloison et nous les avons remis à M. Clippel, ancien élève du professeur Cornil, interne du professeur Ball, à Laënnec. Ces préparations ont été examinées par M. Cornil qui a eu l'obligeance de nous remettre la note suivante :

« La partie examinée sur des coupes comprend la muqueuse et le cartilage.

» La muqueuse présente son revêtement épithélial et des glandes normaux. Le tissu conjonctif offre, entre ses faisceaux fibreux, un assez grand nombre de cellules qui sont rondes et pressées les unes contre les autres dans la couche superficielle de la muqueuse, moins nombreuses dans la couche profonde au niveau des culs-de-sac glandulaires et au-dessous de ces derniers. Les culs-de-sac glandulaires possèdent une couche simple de cellules muqueuses, caliciformes et, dans la lumière glandulaire, du mucus et quelques cellules rondes en dégénérescence muqueuse.

» A l'union de la couche profonde de la muqueuse et du cartilage, autrement dit, dans le périchondre, on observe, par places une multiplication assez considérable des cellules qui sont rondes ou fusiformes.

» Cette lésion du périchondre indique aussi une périchondrite récente.

» Le cartilage lui-même offre une couche périphérique dans laquelle la substance hyaline fondamentale est teintée en rouge par le carmin. Cette portion périphérique contient des capsules allongées, parallèlement à la muqueuse, et dans les capsules on voit des cellules cartilagineuses généralement petites et rondes, parfois ovoïdes (cartilage jeune ou fœtal).

» La partie centrale du cartilage est transparente et sa substance fondamentale hyaline est incolore. On y voit une quantité considérable de grandes capsules simples ou emboîtées (capsules mères contenant un nombre variable de capsules filles).

» Parmi ces capsules mères, les plus rapprochées de la zone de cartilage fœtal sont généralement allongées dans le sens de la direction des capsules du cartilage fœtal; mais, à mesure qu'on se rapproche de la partie centrale du cartilage, elles deviennent sphériques ou sans direction déterminée.

» Bien que je n'aie pas pu voir de prolifération par karyokinèse, car je n'ai examiné que des pièces colorées par le carmin, il est probable, d'après la disposition des éléments du cartilage, qu'il s'agit d'une multiplication de ses éléments par le procédé habituel, c'est-à-dire par la multiplication des cellules situées sous le périchondre. »

La périchondrite récente constatée par le Prof. Cornil n'a rien de particulier, puisqu'elle est due au procédé opératoire.

Symptômes subjectifs. — Au début il n'y a aucun symptôme susceptible d'attirer l'attention du malade. A mesure qu'une fosse nasale ou les deux diminuent de largeur, la respiration nasale devient moins facile, et le malade prend l'habitude de respirer par la bouche, d'autant plus que la fosse nasale saine ou la moins rétrécie est souvent diminuée de largeur par suite de la convexité de la face correspondante de la cloison et de l'hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur.

La respiration à peu près exclusive par la bouche offre des inconvénients sérieux indiqués depuis longtemps par les auteurs, et sur lesquels il est inutile d'insister longuement. L'air froid, arrivant en effet constamment à l'isthme du gosier, produit une inflammation de cette région du pharynx pouvant très bien s'étendre aux trompes d'Eustache et à la caisse.

La cloison et la paroi externe au contact l'une de l'autre ne tardent pas à devenir le siège d'une inflammation avec sécrétion muco-purulente. Aussi l'action de se moucher et de renifler est-elle plus fréquente.

La voix devient plus sourde et prend un timbre nasonné d'autant plus prononcé que les deux fosses nasales sont affectées davantage.

Il n'y a pas de douleurs, si ce n'est quand la tumeur forme une saillie assez forte au méat nasal antérieur pour être irritée par le frottement répété du mouchoir (Heylen). Ces douleurs sont lancinantes, peu vives, ou sont remplacées par de la chaleur et de la cuisson.

Pendant la nuit, la respiration est ronflante chez beaucoup de malades.

Symptômes objectifs.— Les épaississements de la cloison, à de rares exceptions, siègent principalement au niveau de la lame triangulaire de la cloison et deviennent, dans certains cas, assez considérables dans leurs parties inférieures pour former de véritables tumeurs (A, B, *fig.* 4;

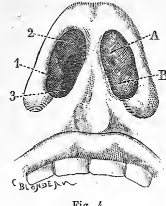


Fig. 4.
Méats antérieurs du nez.

1, 2, paroi externe ou aile du nez; — 3, cavité nasale; — A. B, tumeur de la cloison.

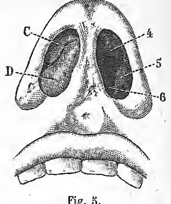


Fig. 5.
Méats antérieurs du nez.

4, 5, paroi externe ou aile du nez. — 6, cavité nasale.— C. D, tumeur de la cloison.

C, D, *fig.* 5,), s'étendant jusqu'au méat nasal antérieur. Celles-ci ont une surface lisse, mamelonnée se confondant avec la cloison. La muqueuse de la fosse nasale, du côté rétréci et des parties de la tumeur les moins exposées à l'air, est rouge, injectée, humide. Celle des parties inférieures, situées près du méat nasal antérieur ou faisant même une légère saillie dans le méat, est sèche, comme gercée, d'un rouge décoloré.

Ces tumeurs oblitèrent complètement la fosse nasale en touchant la paroi externe PE et le plancher (*fig.* 6) ou laissent un petit intervalle au niveau de ces parois. Mais cet intervalle, étant très petit, en général, est obstrué facilement par des mucosités. Elles ont des dimensions variables; celles que nous avons opérées

avaient environ 30 à 40 millimètres de bas en haut et 30 à 35 millimètres d'avant en arrière. Elles sont sensibles au toucher et donnent au doigt ou au stylet explorateur une résistance ferme, demi-élastique, dans toute leur étendue. En y enfonçant un stylet à pointe acérée, on a la sensation d'un tissu cartilagineux.

La fosse nasale est visible seulement dans les parties situées en avant de la tumeur. Et c'est quand celle-ci a diminué de volume ou a disparu, qu'on peut s'assurer que la cloison a des courbures variées.

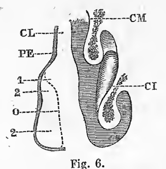


Fig. 6.

Coupe transverso-verticale des fosses nasales.

C M. cornet moyen; C I, cornet inférieur ; P E, paroi externe ; C L, cloison ; 1, 2, tumeur de la cloison; O, face droite de la cloison après guérison.

La portion située au-dessus de la tumeur, dans toutes ses parties visibles, est convexe ou à peu près plane. Celle qui est en arrière de la tumeur est déprimée du côté opposé ou plane, de telle sorte que la cloison, vue dans son ensemble, d'avant en arrière, avant tout traitement, a la forme d'un S italique.

Les parties de la face opposée de la cloison correspondant à la tumeur sont très légèrement convexes.

Dans d'autres cas, la tumeur ne forme pas une masse mamelonnée dans ses parties inférieures et a la forme d'une saillie très forte, (*1, 3, fig. 7*), touchant la paroi externe. Elle n'intéresse pas toute la cloison, puisqu'elle comprend généralement les parties correspondant au cartilage triangulaire. Par conséquent, elle n'existe

pas dans les parties postérieures de la cloison et s'arrête brusquement, comme celle des fig. 4 et 5, au niveau des limites postérieures du cartilage, ainsi qu'on peut s'en assurer en éloignant de la cloison la paroi externe à l'aide d'un stylet ou quand la fosse nasale est devenue libre.

La sensation qu'elle donne au stylet est la même que la précédente. La muqueuse qui la tapisse est humide,

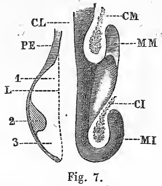


Fig. 7.

Coupe transverso-verticale des fosses nasales.

C M, cornet moyen; M M, méat moyen; C I, cornet inférieur; M I, méat inférieur; P E, paroi externe; 1, 3, tumeur; 2, solution de continuité après une séance de galvano-puncture ; L, face de la cloison après la guérison.

d'une coloration rouge assez vive, et sécrète du mucus ou du muco-pus.

La face opposée de la cloison est plutôt convexe que légèrement concave ou plane.

En arrière, au contraire, elle est droite ou un peu déjetée du côté de la fosse nasale rétrécie.

Chez certains malades, comme celui de l'observ. III, le nez est tout de travers.

Étiologie. — Ces épaississements de la cloison sont dus à la syphilis (Trélat), à la scrofule (Verneuil) et sont produits par un processus hyperplasique ayant lieu dans le périchondre. Il se fait alors dans l'épaisseur de cette membrane une infiltration plastique comme celle que l'on observe dans la périostite syphilitique, de sorte que

ces épaississements sont dus à une périchondrite chronique. Cette manière de voir a été confirmée par M. Duret qui a fait l'étude histologique d'une tumeur enlevée par son chef, M. Tillaux, à un homme âgé de quarante-trois ans, dans son service de l'hôpital Lariboisière, le 29 septembre 1874. Nous adoptons les idées de Duret dans certains cas, l'examen histologique d'une de nos pièces fait par M. Morat, au laboratoire du Prof. Cornil, ayant démontré l'existence d'un épaississement déterminé par une inflammation de la muqueuse qui affecte principalement la partie superficielle du chorion et dont nous ne nous occupons pas ici. Dans d'autres, qui font le sujet de ce travail, l'épaississement est dû à une hypertrophie de la lame quadrangulaire de la cloison.

Nous croyons, d'après notre observation, que l'état général peut certainement prédisposer le sujet à de pareils états pathologiques. Plusieurs de nos malades avaient, en effet, les tissus pâles, flasques, etc., c'est-à-dire tous les attributs du lymphatisme. Un avait eu la syphilis. Mais, indépendamment de cet état général, le traumatisme nous paraît avoir eu une grande influence chez ces gens prédisposés.

Personne n'ignore la fréquence des chutes ou des coups sur le nez pendant le jeune âge; or quelques-uns de nos malades ont affirmé être tombés sur le nez ou y avoir reçu un coup. Trois se rappellent même avoir eu, immédiatement après, un saignement de nez. Il n'est donc pas étonnant de voir la cloison, soumise à un froissement énergique ou à plusieurs, subir des changements de nutrition.

Quand l'hyperplasie est considérable, la tumeur forme des saillies très fortes dans ses parties inférieures (Obs. I et II), probablement parce que la région où elle se développe est large, extensible, libre, puisqu'elle est limitée en dehors par l'aile du nez et en bas par une ouverture, le méat nasal antérieur. Plus haut la paroi externe est constituée en partie par l'apophyse montante du maxil-

laire supérieur qui s'oppose au développement de la cloison en dehors, dès que celle-ci arrive en contact avec elle. Il en résulte que si l'épaississement des tissus augmente alors que la cloison touche la paroi externe, celle-là bombe à ce niveau du côté de la fosse nasale libre et produit ainsi une certaine convexité. C'est en effet ce qui a lieu.

Diagnostic. — Pour voir ces parties épaissies de la cloison, il suffit à la rigueur d'éclairer l'intérieur des fosses nasales en plaçant le malade en face d'une source lumineuse, de lui faire renverser la tête un peu en arrière et de soulever le bout du nez avec le doigt. Mais il est bien préférable de pratiquer la rhinoscopie antérieure d'une manière moins sommaire en se servant d'un spéculum nasi. On voit alors très distinctement ces néoplasmes former des saillies plus ou moins fortes répondant à la description que nous avons donnée précédemment.

Les épaississements se distinguent des enchondrômes en ce qu'ils font partie de la cloison et qu'ils n'en sont pour ainsi dire que le boursouflement, tandis que ces derniers constituent des tumeurs distinctes de la cloison et juxtaposées à celle-ci.

On pourrait à la rigueur confondre les épaississements avec des exostoses, mais ils en diffèrent en ce qu'ils siègent au niveau du cartilage triangulaire, sont cartilagineux, donnent une sensation demi-élastique, sont un peu mobiles avec la cloison sous la pression assez énergique du doigt, quand ils sont assez rapprochés du méat nasal antérieur, comme chez les malades des observ. 4 et 5, pour pouvoir être explorés de cette façon.

Sous certaines influences dues à des troubles vasomoteurs déterminés par un organe comme l'utérus, on peut voir des épaississements de la cloison devenir plus considérables et prendre une couleur plus foncée par suite de la congestion de la muqueuse, tout le nez lui-même augmenter de volume, devenir rouge, tendu, luisant et donner au doigt une fausse sensation de fluc-

tuation pouvant faire supposer l'existence d'un abcès, d'une tumeur maligne et embarrasser beaucoup le chirurgien. Ainsi dans l'observation suivante le cas était complexe et difficile, puisqu'il y a eu abcès dans une cloison épaissie.

Au mois d'avril 1875, une femme, âgée de vingt-deux ans, entre dans le service de M. Verneuil, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Augustin, pour une affection remontant à une année environ et ayant augmenté beaucoup depuis quelques mois. Le nez est rouge, luisant, presque doublé de volume et donne au doigt une fausse sensation de fluctuation qui pourrait être confondue avec celle d'un abcès.

A l'entrée des narines, il existe une masse rougeâtre, fongueuse, papilliforme, obstruant complètement les deux narines et ressemblant à s'y méprendre à un épithélioma papillaire. Sa base est mal limitée et se confond avec la cloison. Il y a eu quelques épistaxis. Il n'y a aucun engorgement ganglionnaire. M. Verneuil croyait à l'existence d'un épithélioma de la cloison à marche rapide sous l'influence de la grossesse. La malade revint trois semaines après son accouchement voir M. Verneuil qui constata une diminution de la tumeur, du gonflement et de la couleur du nez. En même temps que se produisait ce changement, une adénopathie indolente se formait sur les côtés du cou. Evidemment on n'avait plus affaire à un épithélioma mais à une manifestation de la scrofule ou de la syphilis. Bien que tout pût faire supposer plutôt l'existence de la scrofule, M. Verneuil prescrivit un traitement anti-syphilitique (sirop de Gibert, le matin; iodure de potassium, le soir). Peu de temps après il se forma sur la joue gauche une scrofulide qui fit remplacer ce traitement par un traitement anti-scrofuleux

Après avoir quitté le service de M. Verneuil pendant quelques mois, cette femme y rentra le 14 mars 1876. L'état local de cette malade était très amélioré, mais il existait, à 1 centimètre et demi en arrière du bord inférieur de la sous-cloison une petite ouverture à la cloison. A la joue gauche, il

y avait une kéloïde. La chaîne ganglionnaire avait disparu. Le traitement anti-scrofuleux fut repris. Deux semaines après, la malade assure que l'air passe beaucoup mieux par le nez et demande sa sortie qu'elle obtient (1).

Ces épaississements de la cloison pourraient être pris pour une cloison déviée, si l'on n'avait pas le soin d'examiner l'autre fosse nasale et de constater qu'il n'y a pas à l'autre face de la cloison une dépression en rapport avec la convexité.

Il nous paraît bien difficile de confondre un épaississement de la cloison avec un fibrôme, un sarcôme ou un épithélioma. On a pu commettre une pareille erreur à une époque où les moyens d'exploration étaient rudimentaires et les connaissances en rhinoscopie très sommaires. Il serait beaucoup plus difficile de se tromper aujourd'hui. Si l'on hésitait à se prononcer sur la lésion, les antécédents, l'état général du malade et les conditions spéciales dans lesquelles il peut se trouver momentanément, l'aspect de la tumeur, son siège, enfin l'examen histologique lèveraient tous les doutes. C'est en ne suivant pas cette manière de procéder que l'on a vu un chirurgien inciser de haut en bas la lèvre supérieure, enlever une incisive et arrêter là son opération en s'apercevant qu'il s'était trompé. Un accident de ce genre est arrivé à un de nos malades (obs. III) affecté d'une obstruction de la fosse nasale droite.

Pronostic. — Les épaississements, ne rétrécissant pas d'une manière sensible le diamètre transversal des fosses nasales, n'ont pas de gravité puisqu'ils n'apportent aucun trouble dans les fonctions respiratoires ou sensitives. Dans les cas contraires, ils oblitèrent plus ou moins les fosses nasales et présentent les inconvénients que nous avons signalés. Mais, comme ils ne subissent jamais pour nous aucune dégénérescence maligne et

(1) Observation citée dans *Casabianca*, mais un peu résumée.

sont très curables, leur pronostic est essentiellement favorable.

Traitement. — Il est médical ou chirurgical.

Traitement médical. — Si la syphilis paraissait devoir être mise en cause, on prescrirait comme Trélat, un traitement à l'iodure de potassium à haute dose, ou même un traitement mixte, pendant plusieurs semaines, avant toute intervention chirurgicale.

S'il s'agissait, au contraire, d'une manifestation scrofuleuse, on pourrait instituer, à l'exemple de Verneuil, la médication employée en pareil cas, mais suivie pendant un temps assez long, puisque l'amélioration de ces états constitutionnels est obtenue lentement. Nous préférons agir autrement, puisque nous avons trouvé le moyen de faire disparaître facilement ces néoplasmes sans donner le moindre traitement médical.

Traitement chirurgical. — On peut agir sur la cloison au moyen d'instruments tranchants, de divers caustiques et de la galvano-caustique chimique. Nous allons passer en revue ces divers moyens et comparer leur efficacité relative.

Instruments tranchants. — On les a employés pour pratiquer la résection partielle ou totale dans des cas d'enchondrômes ou de déviation prononcée de la cloison. On peut y avoir recours pour détruire les hypertrophies.

Procédé Blandin. — Il consiste à enlever toute la partie déviée de la cloison au moyen d'un emporte-pièce composé de lames introduites dans chacune des narines.

Procédés Bryant, Ericshen, Heylen, Chassaignac. — Les trois premiers chirurgiens ont incisé la muqueuse à la base de la tumeur et, après l'avoir suffisamment disséquée, ont enlevé cette tumeur avec des ciseaux ou un fort scalpel.

Chassaignac a pratiqué sur la cloison, près de la sous-cloison, dans le sens antéro-postérieur, une incision assez longue pour pouvoir mettre à nu toute la partie saillante de la cloison. Il a décollé ensuite la muqueuse

avec une spatule et a mis à nu le cartilage qu'il a coupé par tranches successives, de manière à obtenir une souplesse et un amincissement suffisant pour rejeter vers la ligne médiane la cloison cartilagineuse. Cela fait, il a remis en place le lambeau muqueux et a maintenu à demeure une éponge de forme conique dans la fosse nasale afin de maintenir les choses en l'état.

Procédé Demarquay. — Dans un cas de déviation accidentelle, ce chirurgien a fait sur la ligne médiane du nez une incision partant du dos de l'organe et allant jusqu'à la lèvre supérieure.

Dans le premier temps de l'opération, il a séparé les cartilages latéraux du nez et a atteint le cartilage médian. Ce premier temps exécuté, il a disséqué la muqueuse du revêtement du cartilage remplissant la narine. Quand toute la partie convexe a été mise à nu, il l'a coupée d'arrière en avant. Puis il a réuni par des points de suture le lobule du nez divisé et a obtenu une cicatrisation par première intention.

Procédé Richet. — Le professeur Richet a eu plusieurs fois recours au procédé suivant :

Il a détaché la sous-cloison de son insertion postérieure, puis l'a relevée. Après avoir pratiqué au ras du plancher une section horizontale au moyen de forts ciseaux droits, il en a fait une autre sur les limites de la tumeur et a détaché ainsi toute la portion affectée de la cloison. L'ablation terminée, la sous-cloison a été remise en place et suturée.

Procédé Bosworth. — Ce chirurgien emploie une scie qu'il introduit dans la fosse nasale, les dents tournées du côté de la tumeur, puis il lui fait exécuter des mouvements de va-et-vient de manière à enlever le plus de partie exubérante possible. Comme le sang pourrait empêcher le chirurgien de suivre facilement l'opération, il vaut mieux introduire l'instrument au-dessous qu'au dessus de la tumeur et scier de bas en haut. La section avec la scie se fait plus facilement qu'avec la gouje, les

ciseaux, le bistouri ou le scalpel, mais elle a l'inconvénient, comme celle de ces instruments, de produire des hémorrhagies.

Dilatation. — Elle est pratiquée avec toutes les substances susceptibles d'augmenter de volume par l'humidité, comme la *laminaria digitata*, l'éponge préparée, etc. On obtient ainsi la perméabilité de la fosse nasale, mais d'une manière beaucoup moins rapide et moins complète qu'avec le moyen que nous préconisons.

Cautérisations. — On emploie tous les acides plus ou moins énergiques comme l'acide azotique, chlorhydrique, chromique, le chlorure de zinc..... Genzner combine l'action de l'acide chromique avec celle des ciseaux. Il applique des cristaux de cet acide sur la partie la plus saillante de la cloison, de manière à en amener le ramollissement partiel et à opérer ensuite plus facilement avec les ciseaux. De toutes les cautérisations nous préférerions la galvano-caustique thermique appliquée sous la forme d'igni-puncture.

Cautérisations.— Elles ont été employées autrefois sans résultat, ainsi que l'a dit Boyer, et n'auraient aucune efficacité pour réduire les néoplasmes dont nous nous occupons.

Galvano-caustique chimique. — N'ayant rien trouvé dans les auteurs sur ce mode de traitement, en ce qui concerne les états pathologiques qui font le sujet de ce travail, nous avons eu recours à deux procédés que nous allons décrire. Mais il nous paraît utile, auparavant, de faire quelques remarques concernant l'opérateur et l'opéré.

L'opérateur doit avoir sous la main les divers objets suivants, indispensables à l'opération :

1° Un spéculum nasi;

2° Un éclairage;

3° Une pile avec collecteur et galvanomètre;

4° Des plaques à ressort isolant ou des aiguilles.

Speculum nasi. (S, *fig. 8.* — Cet instrument est en bois, ou en verre ou en caoutchouc durci. On remarque à l'ex-

térieur de son pavillon un cercle métallique C, en communication avec la borne, B, dans laquelle on introduit le fil de la pile, et muni de plaquettes P, faisant l'office de pinces destinées à maintenir à demeure les aiguilles lorsqu'elles ont été fichées dans les tissus. Cette disposition, analogue à celle que Tripier a donnée à son spéculum auriculaire, est très commode pour pratiquer la galvano-puncture.

Eclairage. — On réfléchit dans les fosses nasales la lumière d'une lampe ordinaire à gros bec au moyen de la pince à miroir, ou du miroir frontal, etc., de manière à pouvoir suivre tous les temps de l'opération.

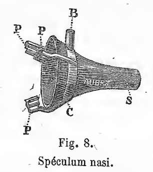


Fig. 8.

Spéculum nasi.

S, spéculum nasi; — C, cercle métallique communiquant avec les lamelles P faisant ressort; — B, borne pour le fil de la pile.

Pile. — A la tête plus que dans toute autre région, il faut rejeter de la pratique les piles à grande tension, à cause de l'ébranlement trop violent des centres nerveux. Tous les instruments de ce genre, dont la tension est la plus faible, sont donc ceux que l'on doit choisir de préférence.

On peut, du reste, diminuer la tension d'une manière très sensible, la rendre même très faible en rapprochant l'un de l'autre les points d'application des deux électrodes et en les plaçant sur des tissus meilleurs conducteurs que la peau, comme la muqueuse ou l'intérieur des tissus.

Les piles dont nous nous sommes servi pour nos divers essais de galvano-caustique chimique sont les

éléments Leclanché, les petits éléments Grenet et enfin la pile au bioxyde de manganèse et au chlorure de zinc de Gaiffe.

La pile doit être munie d'un collecteur destiné à augmenter le nombre des éléments un à un et d'un galvanomètre d'intensité, bien gradué, comme celui de Gaiffe, qui est généralement regardé comme le meilleur. Ce galvanomètre est indépendant de la pile ou en fait partie.

Choix des pôles. — Depuis les expériences de Volta, on sait que quand on fait passer un courant dans de l'eau pure, celle-ci est décomposée : l'oxygène se porte au pôle positif, — et l'hydrogène au pôle négatif. — En agissant sur un liquide salin, les acides sont attirés vers le pôle positif, et les bases s'accumulent au contraire au pôle négatif. Il était tout naturel de voir cette action, décomposante et appelée en chimie : électrolytique, utilisée bientôt en chirurgie. Ce fut en 1807 qu'Humphry Davy se servit, le premier, de la pile pour décomposer les tissus animaux. Fabré-Palaprat fit la première application chirurgicale.

Dans ses recherches sur l'élimination des virus, Pravaz découvrit l'effet coagulant du courant électrique sur le liquide sanguin. Guérad pensa que cette découverte pouvait être appliquée à la cure des anévrysmes, et elle fut utilisée par Pétrequin, Ciniselli, Anderson, Charlton, Bastian, Brown, Frantz Fisher, Bowditch, Dujardin-Beaumetz, Proust, Ball, Bernutz, etc.

En 1841 seulement, Crussel, de Saint-Pétersbourg, démontra l'effet destructif du pôle négatif dans le traitement des tumeurs. Nélaton conseilla de se servir des effets chimiques des piles pour la destruction des tumeurs vasculaires ou profondément situées et, en particulier, des polypes naso-pharyngiens. Depuis cette époque Broca, Julius Althaus, Cutter, Rodolpho-Rodolli, Maringel, E. Cyon, Golding-Bird, Tripier, A. Lefort, Brown, Kimbal, G. Thomas, Monoyer, Semeleder, Aimé Martin,

Chéron, Gallard, Apostoli, et dans ces derniers temps Garrigou-Désarènes, Baratoux, Gellé, Brocq..., etc., ont prouvé l'action bienfaisante de la galvano-caustique chimique dans un grand nombre d'affections.

D'après les recherches de A. Tripier, le pôle positif est dit coagulant; il produit une cautérisation acide ou positive donnant une eschare dure et sèche déterminant la formation d'une cicatrice rétractile. Le pôle négatif donne, au contraire, une cicatrice molle, peu rétractile. Ce dernier agit en outre avec plus d'énergie que le pôle positif pour produire la dénutrition des tissus. Voilà pourquoi nous avons opéré sur la cloison avec le pôle négatif pour obtenir un effet maximum, tandis que nous nous sommes servi du pôle positif quand nous avons craint d'avoir une hémorrhagie de quelque importance.

L'électrode positive doit être terminée par une plaque large de métal ou de charbon, recouverte d'une étoffe épaisse ou de peau de chamois, ou de terre glaise (Apostoli), ou de gélatine, pour éviter la douleur résultant d'une action chimique. Elle peut encore avoir la forme d'une tige métallique entourée d'une couche suffisante de terre glaise ou de gélatine ayant la forme d'une masse allongée, un peu aplatie, que l'on assujettit dans la fosse nasale opposée à celle dans laquelle on opère. Dans certains cas, c'est une aiguille semblable à celle du pôle négatif et destinée à être introduite dans les tissus pathologiques à côté de l'aiguille négative. Quelle que soit la matière placée sur l'électrode, elle doit être humide, afin d'opposer le moins de résistance possible au courant et de bien imbiber l'épiderme. Aussi faut-il appliquer cette électrode sur une région où la couche épidermique est mince comme à l'avant-bras, au cou, etc. Il est même préférable de l'introduire dans la fosse nasale toutes les fois que l'intensité du courant n'est pas trop élevée.

L'électrode négative, ou positive suivant les cas, a une forme différente selon le but que nous nous proposons.

Pour agir sur les cornets et même sur la cloison, nous lui donnons la forme d'une lame métallique (L, *fig. 9*), plane ou recourbée en gouttière, munie d'une borne recouverte d'un tube en caoutchouc et destinée à recevoir le fil de la pile. A l'extrémité opposée à la borne est fixée une plaque en baleine ou autre matière isolante I, faisant ressort. Ces deux lames étant réunies à angle aigu et assez éloignées l'une de l'autre à leur extrémité opposée, il en résulte que leur introduction dans les fosses nasales est facile et qu'elles s'appliquent avec assez de force contre deux surfaces opposées pour se maintenir où on les a placées.

Les lames métalliques planes sont plutôt destinées aux surfaces régulières, et les lames en gouttière sont réservées aux cornets, principalement au cornet inférieur,

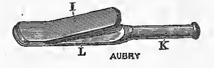


Fig. 9.

L, lame métallique; — K, borne; — I, lame isolante faisant ressort.

Ces plaques diffèrent donc en tous points de celles qui ont été construites jusqu'ici.

A ces lames nous préférons les aiguilles A, B, C, D. (*fig. 10*), toutes les fois que nous voulons agir sur une tumeur quelconque, et nous les enfonçons plus ou moins profondément dans les tissus. Ces aiguilles sont en acier ou en platine. Elles sont coudées sous un angle de 140° environ comme en B, ou recourbées comme en A, pour être introduites plus facilement et sont tenues à la main ou assujetties au spéculum. Les aiguilles en acier sont trempées, excepté au niveau de l'angle et des parties voisines, afin que l'on puisse modifier leur courbure à volonté. Toutes sont recouvertes d'un enduit isolant, si ce n'est sur une longueur de 2 ou 3 centimètres en-

viron à leur extrémité piquante. L'extrémité opposée à la pointe est terminée par une borne K. Au lieu d'une aiguille on peut en employer deux, CD, comme l'indique la figure ou plusieurs. Ces aiguilles sont séparées l'une de l'autre par la matière isolante, M, et peuvent être assujetties au manche, N, disposé de telle sorte qu'on peut à

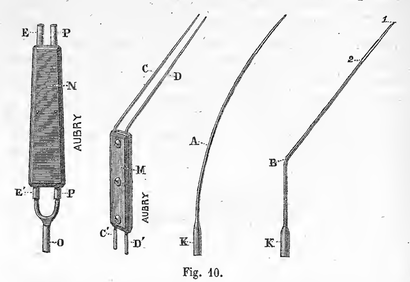


Fig. 10.

A, aiguille courbe. — B, aiguille coudée. — CD, aiguilles jumelles. — K, borne pour le fil de la pile. — M, matière isolante.

volonté faire aboutir un pôle à chaque aiguille ou un seul pôle aux deux aiguilles en enlevant ou en mettant la borne O. Nous nous servons aussi de manches pouvant recevoir plusieurs aiguilles.

L'opérateur est assis et placé en face ou à gauche du malade, la lampe située derrière la tête du patient ou un peu à sa gauche, afin que les rayons lumineux frappent le moins obliquement possible le miroir réflecteur.

Après avoir assujetti l'électrode positive, très exceptionnellement l'électrode négative au point d'élection, il n'y a plus qu'à éclairer suffisamment les points sur lesquels on veut opérer, afin de pouvoir y assujettir la plaque ou les aiguilles.

L'opéré est placé dans la position assise ou couchée, la tête maintenue par un aide ou appuyée contre un coussin. Il peut être à jeun, mais il vaut mieux qu'il ait pris un léger repas 3 ou 4 heures avant.

Il est préférable de ne pas opérer la femme au moment de ses époques, afin de ne pas déterminer des troubles vaso-moteurs dépendant de l'utérus. Deux de nos malades sont devenues enceintes pendant le cours du traitement. Leur grossesse n'a pas été influencée par le courant électrique, mais leur excitabilité nerveuse pendant et après les séances a été telle que nous avons été obligé de cesser le traitement. Au quatrième mois, une de nos malades a supporté les courants sans inconvénient.

Pour rendre l'opération moins douloureuse, on peut imbiber suffisamment avec une solution de cocaïne les points sur lesquels on veut agir. Le badigeonnage est pratiqué deux fois à deux minutes d'intervalle, et la séance de galvano-caustique est commencée trois minutes après le second badigeonnage. L'opération peut être faite sans anesthésie préalable, puisqu'elle est bien supportée sans cette précaution, ainsi qu'on le verra en lisant les observations.

Procédés opératoires. — *1er Procédé.* — A l'exemple des praticiens qui emploient des plaques métalliques pour traiter par la galvano-caustique chimique les diverses rhinites, nous nous sommes servi aussi de lames en métal ayant la disposition indiquée précédemment pour agir sur les épaississements de la cloison.

On saisit chacune de ces plaques par la borne et on l'introduit de manière à la faire correspondre aux surfaces sur lesquelles on veut agir, en ayant soin de ne pas appuyer ses bords contre les tissus sains. Après avoir constaté leur faible action, nous les avons remplacées par des aiguilles.

2e Procédé.— Il n'a jamais été employé avant nous pour faire disparaître les épaississements dont nous parlons.

L'aiguille tenue à la main ou fixée à un manche est introduite dans la cloison, parallèlement à cette dernière, jusqu'à ce qu'on ait traversé la plus grande partie de la masse saillante ou même toute cette masse d'avant en arrière.

Quand on opère avec deux aiguilles, il est inutile et même nuisible de les rapprocher trop l'une de l'autre, puisque la sphère d'action de chaque aiguille ne comprend pas seulement les parties touchées par les aiguilles, mais s'étend à une distance variable avec l'intensité du courant.

L'opération terminée sur un point, on peut, séance tenante, la recommencer sur un autre assez éloigné du premier, ou attendre un certain nombre de jours avant de pratiquer une nouvelle galvano-puncture.

Durée du courant. — Nous avons fait à nos malades des applications de courant pendant un temps variable, et nous avons constaté que six à dix minutes suffisaient pour obtenir le résultat cherché. Nous nous sommes demandé si nous obtiendrions le même résultat en augmentant la durée et en diminuant l'intensité de ce courant, et réciproquement. Mais nous avons remarqué, comme Apostoli au sujet de l'utérus, que l'effet obtenu était peu appréciable avec un courant prolongé et faible, tandis qu'il était en rapport direct avec l'intensité du courant.

Action du courant. — On doit distinguer celle qui se produit pendant le passage du courant, c'est-à-dire l'action immédiate et les changements qui surviennent après l'opération, c'est-à-dire l'action médiate ou consécutive.

Action immédiate. — Malgré que nous ayons eu recours dans quelques cas à l'anesthésie locale avec la cocaïne, la douleur a été assez vive mais supportable d'une manière générale. A 15 milli-ampères et au-dessus le malade ressent une douleur qui s'irradie, par ordre de fréquence, aux régions sous-orbitaire, malaire, aux der-

nières molaires inférieures, aux dernières molaires supérieures et aux incisives supérieures. Il y a de plus du larmoiement de l'œil du côté opéré, des phosphènes, une saveur métallique, une sécrétion abondante de salive et de mucus nasal, des envies d'éternuer et des éternuements. Ces symptômes disparaissent pour ainsi dire toujours avec le courant.

Autour de chaque aiguille, on voit pendant le passage du courant la muqueuse ou la peau devenir très pâle par suite de la contraction des vaisseaux, de telle sorte qu'il existe une aréole plus ou moins régulière, d'un rouge très pâle sur la muqueuse, d'un jaune tendre sur la peau bien distincte des tissus voisins. Avec une intensité de 18 milli-ampères par exemple, l'aréole a une largeur de 12 à 15 millimètres sur la muqueuse de la cloison et à peu près la même étendue à la peau.

Au niveau de l'aiguille négative, on voit des bulles nombreuses de gaz se dégager et former une mousse blanche, parfois sanguinolente, remplissant la fosse nasale.

Les aiguilles, fichées et immobilisées dans les tissus, ne tardent pas à glisser facilement dans le trajet qu'elles y ont creusé et l'on aperçoit une dépression au point d'émergence des aiguilles, de telle sorte que, quand on a enlevé ces dernières, on voit à la place qu'elles occupaient une ouverture en infundibulum ayant trois à quatre fois la largeur de l'aiguille et provenant de la destruction de ces tissus en ces points. Cette ouverture est proportionnelle à l'intensité du courant ; on voit souvent s'échapper un peu de sang de celle qui a été faite avec l'aiguille négative, tandis qu'il s'en écoule en moins grande abondance et beaucoup moins fréquemment de la plaie positive.

Action médiate ou consécutive. — Les douleurs causées par le courant disparaissent ordinairement avec lui ou peu de temps après lui. Nous les avons vues cependant persister chez deux malades pendant plusieurs jours

avec une grande violence, après l'action d'un courant ayant une intensité de 30 milli-ampères.

Après la galvano-puncture, l'aréole se colore en rouge vif ainsi que toutes les parties voisines; et l'on voit même la région, dans une certaine étendue, rester plus colorée qu'avant le traitement galvanique. Cette suractivité circulatoire augmente considérablement la résorption des tissus, mais elle devient nuisible si elle est trop vive. Voilà pourquoi il nous semble nécessaire de ne pas trop rapprocher les séances, afin de laisser diminuer la congestion, et de les rendre d'autant moins fréquentes que celle-ci est plus vive.

La perte de substance à surface rouge, sanguinolente, s'agrandit encore après la galvano-puncture et prend des dimensions en rapport avec l'intensité du courant et la nature des tissus. Ainsi nous avons vu se produire dans la cloison une perte de substance en forme de sillon, (2, *fig. 7*), de 5 millimètres de profondeur et de largeur, à la suite d'une galvano-puncture pratiquée pendant 10 minutes avec une aiguille n'ayant qu'un millimètre d'épaisseur et un courant de 21 à 23 milli-ampères en moyenne. Cette perte de substance se couvre de bourgeons charnus et se cicatrise peu à peu.

Les parties voisines des pertes de substance deviennent le siège d'une congestion assez vive et subissent un retrait considérable dépendant d'une action atrophique bien distincte de l'action électro-chimique. Ces modifications de nutrition se prolongent pendant plusieurs jours, C'est encore pourquoi il faut attendre que tout l'effet sur les tissus se soit produit avant de pratiquer une nouvelle opération.

Intervalles entre les opérations. — D'après ce que nous venons de dire, les séances de galvano-puncture doivent être séparées par un certain intervalle de temps qui varie avec la région sur laquelle on opère et doit être de 10 à 15 jours pour la cloison.

Nombre des séances. — En fichant 3, 4 ou 5 aiguilles

dans toute l'étendue de la partie exubérante de la cloison, il est facile d'en obtenir la destruction en une séance et de rendre absolument libre la fosse nasale; mais en agissant ainsi, on court le risque de produire la destruction de la lame cartilagineuse de la cloison. Il vaut donc mieux opérer avec deux aiguilles, même avec une seule, et obtenir le même résultat en trois ou quatre séances.

Conclusions. — Les procédés chirurgicaux ont une grande efficacité en ce sens qu'ils permettent d'agir comme on le veut sur les diverses parties épaissies. Mais ils exigent une certaine habileté opératoire, et inspirent de la crainte aux malades. Plusieurs d'entre eux ont le grave inconvénient de laisser des cicatrices visibles comme chez le malade de l'observ. III.

La dilatation exige un certain temps, est douloureuse, produit de la rhinite et ne donne qu'un résultat partiel dans la plupart des cas.

La cautérisation, faite avec des caustiques et surtout avec le galvano-cautère thermique, exerce une action sur ces néoplasmes ; mais elle a l'inconvénient de causer une inflammation vive des tissus susceptible de s'étendre à la cloison et d'en produire l'élimination plus ou moins étendue.

La galvano-puncture est bien supérieure aux modes de traitement indiqués ci-dessus, ainsi qu'à la galvanocaustique chimique ordinaire. C'est un moyen d'une application facile, d'une très grande efficacité, dont l'action se fait sentir, chaque fois, pendant un certain temps. Il n'offre pas d'inconvénients, a l'avantage de ne déterminer aucune cicatrice visible, de ne pas effrayer les malades, et d'obtenir avec la plus grande facilité le rétablissement complet de la respiration nasale.

OBSERVATIONS

Obs. I (1). — *7 juin 1886.* — Mlle L..., âgée de neuf ans

(1) Tous ces malades ont été opérés avec l'aide de mon chef de clinique, M. Pottier, qui a pris une partie des observations.

et demi, assez petite pour son âge, à tissus flasques et pâles, vient à ma clinique, parce qu'elle ronfle en dormant et éprouve la plupart du temps beaucoup de difficulté à respirer par le nez. Depuis l'âge de deux ans, elle est ainsi et se plaint de plus d'être obligée de se moucher fréquemment. Elle n'a pas d'anosmie.

La fosse nasale gauche est réduite à l'état de fente très étroite, remplie de mucosités et laissant passer très difficilement l'air pendant l'inspiration et l'expiration fortes. La fosse nasale droite est assez perméable à l'air.

La cloison forme, du côté gauche, dans ses parties inféro-antérieures, une tumeur convexe, A B (*fig. 11*), mamelonnée,

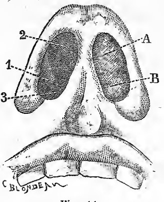


Fig. 11.

qui arrive presque au niveau du méat nasal antérieur et touche l'aile du nez. Pour voir la tumeur dans une étendue plus grande et avoir une idée de ses dimensions, on est obligé de se servir d'un spéculum et d'un stylet recourbé en crochet, de manière à accrocher en haut et en arrière le bord de la tumeur. Il n'y a plus alors qu'à mesurer la longueur de tige qui a pénétré dans la fosse nasale. C'est ainsi que nous avons pu nous assurer que la partie supérieure du bord postérieur de la tumeur se terminait à vingt-cinq millimètres environ au-dessus de l'extrémité antérieure du méat nasal antérieur, et que ce bord, à sa partie moyenne, était situé à deux centimètres en arrière de l'extrémité postérieure du méat nasal anté-

rieur. (La tête de la malade, pendant ces mensurations, est très inclinée en arrière.) La muqueuse recouvrant la tumeur est humide, d'un beau rouge tendre, et se congestionne facilement, si ce n'est dans les parties les plus inférieures, les plus exposées à l'air, où elle est un peu sèche, comme gercée, et d'une couleur rouge passée.

Cette tumeur se continue directement avec la cloison et n'est point pédiculée. Elle est ferme, élastique au toucher et cède un peu, ainsi que la cloison, au doigt qui la presse fortement de gauche à droite. En la piquant avec un stylet fin et acéré, on constate qu'elle se laisse pénétrer assez facilement et donne une sensation demi-résistante, comme cartilagineuse.

La fosse nasale droite aurait des dimensions suffisantes, si elle n'était pas rétrécie par le cornet inférieur. La face droite de la cloison, au niveau de la tumeur, est légèrement convexe, de telle sorte que la cloison, dans ses parties inféro-antérieures, a une épaisseur transversale maximum de 18 millimètres. Le cornet inférieur droit, volumineux, touche la cloison. La muqueuse, assez colorée, sécrète une assez grande quantité de mucosités; celle du cornet inférieur est particulièrement rouge et épaisse.

Traitement général fortement ioduré.

6 juillet. — On fait de la galvano-caustique chimique en appliquant une plaque métallique sur la plus grande partie de la tumeur.

Intensité : 15 milli-ampères, dix minutes. *Traitement consécutif;* solution boriquée au trente-cinquième, à aspirer tiède par le nez.

10 juillet. — Galvano-caustique, 15 milli-ampères, 6 minutes.

20 juillet. — Galvano-caustique, 15 milli-ampères, 7 minutes.

22 juillet. — Muqueuse très tuméfiée, sanguinolente. Attouchement avec une solution de cocaïne à 1/15.

24 juillet. — Attouchement de la muqueuse avec la solution de cocaïne.

5 août. — La tumeur ne paraissant pas diminuer d'une

manière sensible, nous avons recours à la galvano-puncture. Parallèlement à la cloison, nous enfonçons dans la tumeur, A B les deux aiguilles, C D, communiquant avec les pôle négatif. Intensité : 15 milli-ampères ; durée 6 minutes.

On imbibe préalablement la muqueuse nasale avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/20.

9 août. — La tumeur a diminué de moitié environ. La muqueuse est congestionnée, non sanguinolente. Même pansement.

12 août. — Moins de congestion de la muqueuse, même pansement.

17 août. — Galvano-puncture à deux aiguilles négatives. Intensité : 16 milli-ampères, 8 minutes; une céphalalgie frontale le jour de l'opération .Même pansement.

23 août. — Galvano-puncture à deux aiguilles, 16 milli-ampères, 40 minutes.

24 août. — La malade se mouche assez souvent. La muqueuse nasale est congestionnée et sécrète plus que d'habitude. Au niveau des points piqués il y a une petite croûte grisâtre.

28 août. — La cloison, dans tous les points occupés par la tumeur, est à peu près plane. On voit seulement à 15 millimètres en arrière du bord postérieur du méat nasal antérieur deux ou trois petits mamelons qui sont les vestiges de la tumeur. La fosse-nasale est pour ainsi dire normale. La respiration nasale est libre. La malade ne ronfle plus. Le cornet inférieur gauche est petit, comme aplati contre la paroi externe.

23 septembre, 12 octobre. — La guérison se maintient.

17 avril 1888. — La guérison est parfaite.

Obs. II. — *18 avril 1887.* — Mlle D..., treize ans, lymphatique, est adressée à ma clinique par le Dr Favale. Cette malade est affectée d'une otite moyenne purulente, se plaint d'avoir la respiration nasale très difficile et de ronfler pendant la nuit.

Dans la fosse nasale droite, renfermant des mucosités un peu purulentes, on voit la cloison déformée, présentant une

tumeur volumineuse obstruant complètement cette fosse nasale et touchant la paroi externe ou aile du nez. Cette tumeur, dont les parties inférieures sont pour ainsi dire de niveau avec le méat nasal antérieur, est semblable à celle de la malade précédente (Obs. 1), présente deux mamelons, C D (*fig. 12*), assez gros, et donne comme elle les mêmes sensations. Son bord supérieur en avant est situé environ a 30 millimètres au-dessus de l'extrémité antérieure du méat nasal antérieur; le postéro-inférieur est à 20 millimètres de l'extrémité postérieure du même méat. La muqueuse qui tapisse les parties inférieures de la tumeur est un peu sèche, comme cutanée; celle des parties situées au-dessus est humide et rouge.

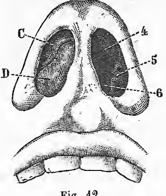


Fig. 12.

La fosse nasale gauche est proportionnée au volume du nez. A 3 centimètres au-dessus de l'extrémité antérieure du méat nasal antérieur, la cloison forme un relief qui a une légère obliquité d'avant en arrière, de haut en bas, et paraît suivre le bord postero-supérieur du cartilage de la cloison. Le cornet inférieur est assez volumineux et rétrécit transversalement la fosse nasale.

La voûte palatine a 23 millimètres de profondeur au niveau des secondes molaires supérieures.

Traitement général. — Huile de foie de morue et iodure de fer pendant un mois et demi. Iodure de potassium pendant cinq semaines avec un repos de huit jours.

18 juillet. — L'otite moyenne purulente guérie, on commence le traitement des fosses nasales.

Galvano-puncture : 2 aiguilles négatives dans la partie C de la tumeur. Intensité : 15 milli-ampères. Durée : 7 minutes.

Une douleur locale assez vive pendant le passage du courant cesse immédiatement après.

25 juillet. — Il y a moins de sécrétion. Le passage de l'air par la narine droite est beaucoup plus facile.

Les points où ont été fichées les aiguilles sont remplacés chacun par une dépression assez profonde.

Galvano-puncture. — Intensité : 18 milli-ampères, 5 minutes. Deux aiguilles négatives dans la partie D.

3 août. — Cette partie, C, a beaucoup diminué. La respiration nasale est bien plus libre. La muqueuse n'est pas congestionnée.

22 août. — Deux aiguilles négatives : l'une en C, l'autre en D. Intensité : 18 milli-ampères. Durée : 6 minutes.

23 septembre. — Deux aiguilles négatives : l'une en C, l'autre en D. 18 milli-ampères. 10 minutes. Douleur locale forte.

28 septembre. — Fosse nasale libre. Respiration normale. Ne ronfle plus.

10 avril 1888. — La guérison se maintient.

Rem. — Dès que la fosse nasale droite est devenue libre, il a été facile de constater que le bord supérieur de la tumeur était situé à la même hauteur que le relief de la face gauche de la cloison.

Obs. III. — *27 février*. — M. X..., vingt-quatre ans, cultivateur, a les tissus flasques et peu colorés, quoique jouissant d'une excellente santé. Il a remarqué, dès son jeune âge, une difficulté de plus en plus grande à respirer de la narine droite. A mesure que la respiration nasale est devenue plus difficile, le nez tout entier s'est dévié de telle sorte, que sa partie moyenne forme une voussure prononcée à droite, tandis que son extrémité est tournée du côté gauche. Ce malade

dort la bouche ouverte, ronfle en dormant, et a la gorge sèche, le matin.

Il y a un mois, on lui a incisé la lèvre supérieure sur la ligne médiane et on lui a extrait une incisive supérieure dans le but de pénétrer plus facilement dans la fosse nasale droite afin d'en enlever une tumeur, mais on n'a pas terminé l'opération, et l'on s'est contenté de réunir les lèvres de la plaie. En l'interrogeant, il dit avoir fait une chute sur le

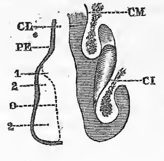


Fig. 13.

front, mais ne se souvient pas d'avoir reçu de coups sur le nez ni d'avoir eu d'hémorrhagies nasales.

Il n'y a pas d'anosmie à gauche; mais elle existe à droite, la fosse nasale étant imperméable.

L'inspiration et l'expiration par la narine gauche sont faciles, mais sont à peu près impossibles à droite; cependant le malade parvient aujourd'hui, après de grands efforts, à faire passer un peu d'air par cette fosse nasale.

La fosse nasale droite est obstruée à l'union de son tiers antérieur avec ses 2/3 postérieurs par la cloison CL (*fig 13*), ayant un épaississement de 21 millimètres et formant une convexité si grande qu'elle touche la paroi externe et ne permet pas de voir les parties situées en arrière du rétrécissement. La muqueuse qui la tapisse a une surface peu humide, lisse, d'un rouge clair.

La face gauche de la cloison est un peu convexe dans les parties correspondant à la tumeur. Elle est, au contraire, un

peu concave dans ses parties postérieures, de telle sorte qu'elle représente d'avant en arrière un *S* italique.

La muqueuse nasale de la fosse nasale droite dans les parties visibles est à peine humide, rougeâtre. Celle du pharynx nasal est humide et sécrète un liquide muco-purulent ayant une odeur fade.

Après avoir assujetti le pôle positif sur la partie postérolatérale droite du cou, on enfonce, parallèlement à la cloison, une aiguille sur une longueur de 2 centimètres dans la partie la plus convexe. Intensité : 14 milli-ampères pendant deux minutes. Douleur locale assez vive. On augmente peu à peu le courant jusqu'à 26 milli-ampères. Douleur en picotements. Sensations lumineuses sans douleurs dans l'œil droit. Salivation abondante.

Au bout de six minutes, on diminue l'intensité du courant jusqu'à 20 milli-ampères pendant deux minutes. Immédiatement après l'opération qui a duré dix minutes, les douleurs cessent.

L'aiguille retirée et les bulles de gaz enlevées, on aperçoit une solution de continuité, plus large que l'aiguille, à contours plus rouges que le reste de la cloison. Le malade ayant quitté la clinique sans nous prévenir a recommencé, le lendemain, ses travaux habituels, sans prendre aucune précaution.

5 mars. — Le malade n'a rien ressenti depuis le 27 février. Il respire si bien de la fosse nasale droite qu'il se croit guéri.

La solution de continuité, 2, est profonde et large. Après avoir enlevé les liquides sécrétés, renfermés dans les parties antérieures de la fosse nasale droite, et n'ayant pas le temps d'opérer ce malade, le jour même, on place un cône de coton enduit avec de la glycérine iodée que le malade gardera pendant une heure.

12 mars. — Deux jours après la première séance, les glandes sous-maxillaires se sont engorgées. La droite est de la grosseur d'une forte noisette, la gauche est moins volumineuse.

La respiration nasale est si facile, que les inspirations et les expirations sont pour ainsi dire normales.

La solution de continuité, 2, est assez vaste et permet de constater que la convexité de la cloison s'arrête brusquement dans des points qui paraissent être situés au niveau des bords postérieurs du cartilage quadrangulaire. Le bord postérieur de cette saillie, dans sa partie supérieure, est situé à 45 millimètres en arrière et un peu au-dessus de l'extrémité antérieure du méat nasal antérieur; dans sa partie inféro-moyenne, il est à 30 millimètres de l'extrémité postérieure du méat nasal antérieur.

Galvano-puncture. — On traverse la partie, 1, de la tumeur avec deux aiguilles négatives, distantes l'une de l'autre de 6 millimètres. Durée du courant : 5 minutes. Intensité : 25 milli-ampères. Douleur locale assez vive. Douleur sous-orbitaire. Phosphènes, salivation. Il se dégage une telle quantité de gaz, que celui-ci remplit la fosse nasale sous la forme d'une mousse blanche et s'échappe au dehors pour s'étaler sur les lèvres.

19 mars. — La respiration est très libre. Les inspirations et les expirations sont aussi faciles que de l'autre côté.

La cloison est à peu près plane, excepté en haut où il existe encore une partie de la tumeur.

26 mars. — galvano-puncture. — Deux aiguilles négatives dans la partie restante de la tumeur 3.

19 avril. — La tumeur n'existe plus. Le cornet inférieur droit est petit, pour ainsi dire aplati contre la paroi externe. La respiration nasale est libre. Il n'y a plus d'anosmie.

Le nez est tellement redressé qu'il est à peu près droit.

Obs. VI. — *20 juin.* — Mlle X..., quatorze ans, maigre, grande, quelques ganglions cervicaux, tissus pâles et flasques, est réglée depuis le mois de mars. Elle se plaint de moucher beaucoup, d'avoir la respiration à peu près impossible à gauche, difficile à droite et de ronfler en dormant.

La fosse nasale gauche renferme une assez grande quantité de mucosités purulentes. Elle est divisée en deux cavités étroites, l'une supérieure, l'autre inférieure, plus étroite, séparées l'une de l'autre par le cornet inférieur C I (*fig. 14*), qui est adhérent à la cloison, S, sur une étendue de 5 milli-

mètres environ de haut en bas et de 12 à 15 millimètres d'avant en arrière. La cloison forme, au niveau des synéchies, un éperon, E, assez prononcé.

La fosse nasale droite est assez large, libre.

Traitement. — 1° Iodure de fer; 2° sirop de feuilles de noyer; 3° eau sulfureuse en injections nasales.

29 juin. — Section des adhérences avec le galvano-cautère. Tente de coton imbibée de solution de cocaïne et d'acide borique entre les lèvres de la plaie.

10 juillet. — Plusieurs attouchements du cornet inférieur avec le cautère thermique.

2 novembre. — Le cornet inférieur est diminué de volume. La fosse nasale au niveau de l'éperon est assez étroite. Pour augmenter son diamètre transversal à ce niveau, nous

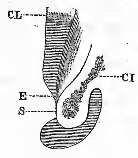


Fig. 14.

soumettons l'éperon à la galvano-puncture. Deux aiguilles négatives situées à 3 millimètres l'une de l'autre y sont fichées. Durée du courant : 8 minutes. Intensité : 18 milli-ampères; plaque sur la région temporo-parotidienne. Douleur cuisante de moyenne intensité au niveau de la plaque. Très peu de douleur au niveau des aiguilles.

14 novembre. — Respiration plus libre. Galvano-puncture. Deux aiguilles négatives. L'éperon est beaucoup moins saillant et réduit à deux petites saillies séparées par une dépression.

10 janvier. — La malade respire très bien et ne mouche plus de mucosité purulentes.

Le diamètre transversal de la fosse nasale au niveau de

l'éperon modifié est assez considérable. On le laisse tel quel.

Obs. IV. — *11 novembre 1887*. — M. X..., quarante-sept ans, négociant, a eu la syphilis avec roséole, plaques muqueuses, il y a dix ans. A suivi un traitement spécifique. Il s'est établi peu à peu un écoulement séreux dans la fosse nasale gauche. La respiration nasale est devenue difficile et souvent impossible.

Ce malade a été soigné pendant quelques mois dans une clinique où il a été cautérisé avec le galvano-cautère thermique.

La fosse nasale gauche est moins large que la droite. La cloison présente une convexité gauche très prononcée dans sa partie moyenne, au niveau du cartilage, et est très épaissie en ces points. En bas elle forme aussi une petite convexité produite par le vomer.

Le cornet est très hypertrophié, de telle sorte que quand la muqueuse de la fosse nasale est plus congestionnée que d'habitude, l'inspiration et l'expiration sont très difficiles.

La fosse nasale droite est large; la face droite de la cloison est à peu près plane, si ce n'est à sa partie inférieure où elle présente à peu près la même convexité que du côté gauche.

Après quelques cautérisations de la cloison à l'acide chromique, l'état restant le même, on a recours à la galvano-caustique chimique : une plaque négative est appliquée sur la partie épaissie de la cloison. Intensité : 20 milli-ampères. Durée : 6 minutes.

Pendant le passage du courant, la douleur est très vive et s'irradie à la région du sourcil gauche.

Après la séance le malade se sent mal à l'aise, a des tournoiements de tête et est forcé de rester couché pendant quelques minutes.

13 décembre. — Galvano-caustique chimique. Intensité : 17 milli-ampères. Durée : 6 minutes.

20 décembre. — La muqueuse de la cloison sur laquelle la plaque a été mise est rouge, sanguinolente. La convexité n'a pas diminué. Badigeonnage avec une solution de cocaïne.

23 décembre. — Muqueuse un peu sanguinolente. Badigeonnage de la muqueuse avec de la cocaïne, matin et soir.

30 décembre. — Muqueuse à peine sanguinolente, convexité de la cloison un peu diminuée par suite de la décongestion de la muqueuse.

6 janvier. — Badigeonnage de la muqueuse avec une solution de cocaïne.

10 janvier. — L'éperon ne se modifiant pas d'une manière sensible, on a recours à la galvano-puncture. Deux aiguilles négatives sont fichées dans les parties les plus saillantes de la cloison, parallèlement à cette dernière. Intensité : 18 milliampères. Durée : 6 minutes.

Douleur locale supportable.

Quelques minutes après cette séance, on enfonce une aiguille négative sur une longueur de 4 centimètres dans le bourrelet inférieur du cornet inférieur. Intensité : 10 à 20 milli-ampères. Durée : 5 minutes.

13 janvier. — A la place où les aiguilles ont été fichées dans la cloison, les tissus sont tuméfiés, et l'on y voit deux points grisâtres produits par des eschares de la muqueuse. En exerçant une pression sur les parties voisines de ces points, on constate qu'elles ont moins de résistance qu'avant la galvano-puncture et ont subi un commencement de ramollissement.

Le bourrelet du cornet inférieur est assez épais et douloureux à la presion.

25 janvier. — Galvano-puncture. Deux aiguilles négatives dans les parties les plus convexes de la cloison.

Intensité : 20 milli-ampères. Durée : 6 minutes.

15 mars, 23 mars. — La face gauche de la cloison est à peu près droite par suite de la résorption d'une partie des tissus. Le cornet inférieur est diminué de volume d'une manière sensible; par suite le diamètre transversal de la fosse nasale est bien plus grand, et la respiration nasale est très libre.

Rem. — Nous nous abstiendrons de donner un plus grand nombre d'observations, afin de ne pas nous expo-

ser à des redites fastidieuses. Sur dix malades opérés, nous avons eu dix guérisons.

BIBLIOGRAPHIE

Blandin : Compendium de chirurgie pratique, t. III, p. 33.

V. Erichsen : *Lancet* 1864 ; vol. II, p. 152.

Bryant : *Lancet* 1864 ; vol. II, p. 224.

De Casabianca : Des affections de la cloison des fosses nasales. *Th. de Paris*, 1876, p. 42.

Trélat : *Th. de Casabianca*, p. 49.

Verneuil : Leçons cliniques de la Pitié, t. XIII, p. 184.

Follin et Duplay (L.) : Pathologie externe, t. III, p. 850.

E. J. Moure : Manuel pratique des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne, 1886, Paris. Doin.

A. Jamain et Terrier : Manuel de pathologie chirurgicale, 3e édit., t. II, p. 426.

Bosworth : Difformités de la cloison. *Med. record. New-York*, 15 et 29 janv. 1887.

Krieg : Résection du cartilage quadrangulaire de la cloison pour la déviation. Schmidt's, nº 2, 1887.

Genzner : Congrès des médecins allemands, Berlin, 13 et 18 avril 1887.

Tripier (A) : De la galvano-caustique chimique. *Arch. générales de médecine*, janv. 1866.

Ciniselli : De la résolution des tumeurs par l'action électro-chimique des courants continus. *Bull. de la Société de chirurgie*, 1869.

Cyon : Principes d'électrothérapie. Paris 1873.

Semeleder : Élecktrolitische Behandlung de Gebarmutte fibroïde. *Vienner medizlinische Pressi* 1876 (compte-rendu des opérations de Cutter).

Apostoli : Sur un nouveau traitement des fibrômes de l'utérus. *Ac. de médecine*, 29 juillet 1884.

DISCUSSION

M. Moure demande si chez les malades traités par M. Miot il n'y a jamais eu, après l'opération, d'adhérence entre la cloison et les cornets.

M. Miot. — Il ne s'est pas formé de synéchies chez nos malades pour la raison suivante. Au niveau des points sur lesquels les aiguilles ont agi, on observe une résorption de tissu, telle qu'il s'est formé une excavation remplie par des

produits de sécrétion et dont le fond est assez éloigné de la partie externe des fosses nasales.

M. Gellé demande si, à la suite de ces cicatrices épaisses succédant à des pertes de substance profonde, M. Miot n'a pas vu se produire des déformations consécutives de la cloison ou des cornets. M. Gellé se sert de ce procédé qui consiste à faire des pertes de substance avec la pâte de Vienne sur la muqueuse des cornets pour obtenir par l'effet de la rétraction cicatricielle un élargissement des voies nasales; il a été conduit à essayer ce mode de vaincre certaines sténoses nasales, par l'observation de malades chez lesquels il a pu constater la déformation des cloisons et des cornets inférieurs allant jusqu'à l'oblitération totale, à la suite de l'évolution de rhinites chroniques suppurées de l'enfance.

M. Miot dit ne pas avoir observé de semblables déformations chez les malades qu'il a traités par la galvano-caustique.

SUR UNE FORME DE STÉNOSE NASALE

Par le Dr J. BARATOUX.

Parmi les différentes variétés de sténoses nasales, j'ai pu observer une série de déviations de la cloison avec développement sur l'une de ses faces d'une masse cartilagineuse ou osseuse obstruant complètement ou presque complètement la cavité du nez au point de rendre impossible la respiration par la fosse nasale.

Dans la plupart de mes cas, c'est-à-dire dans sept sur dix, la déviation de la cloison et la tumeur fermaient la narine gauche; dans les trois autres cas (y compris deux cas que j'observe en ce moment), la fosse nasale droite était obstruée.

Mes malades, dont l'âge varie entre huit et cinquante-deux ans, ont été presque tous atteints de tumeurs adénoïdes. Deux d'entre eux, âgés, n'avaient pas de végéta-

tions; ils donnaient pour origine à leur affection nasale un traumatisme datant de l'enfance. Notre dernier patient, dont nous rapporterons l'observation, attribuait à une même cause les troubles qu'il éprouvait, mais nous crûmes toutefois que son pharynx contenait des traces de tumeurs adénoïdes.

Les divers symptômes que nous avons pu constater chez ces malades étant analogues à ceux qu'éprouvait le patient. auquel nous faisons allusion plus haut, nous croyons bon de rapporter son observation.

Observation. — C'est au mois de décembre 1887 qu'il vint nous consulter à propos d'une gêne considérable qu'il ressentait derrière le voile du palais; il accusait en outre une sécheresse de la gorge, quoique, par intervalle, il eut d'abondantes mucosités dans le pharynx. Sa voix était enrouée d'une manière presque continuelle depuis plusieurs années. Ce malade, de constitution faible, avait été ajourné au conseil de révision quelques mois auparavant par suite de faiblesse. Depuis son enfance, il était sujet aux catarrhes des voies respiratoires : coryza, maux de gorge, bronchites; mais, comme maladies sérieuses, il n'avait eu qu'une fièvre typhoïde à l'âge de seize ans et des fièvres intermittentes en 1886. C'est vers l'âge de treize ans qu'il avait reçu un coup sur le nez.

Ce malade ne peut faire de longues courses; il se fatigue rapidement au point que quelques médecins ont pensé qu'il était atteint d'une affection cardiaque. Les sens du goût et de l'odorat sont peu développés chez lui.

Sa face est petite; sa voûte palatine est étroite; elle présente même une courbure exagérée. Le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur est asymétrique, le bord droit semble plus bas que celui du côté opposé; les incisions sont implantées obliquement, de telle sorte que le bord postérieur des incisives gauches est recouvert par le bord antérieur de celle qui le suit immédiatement. On peut noter encore la déformation thoracique et l'ouverture constante de la bouche, signes si caractéristiques des tumeurs adénoïdes.

La rhinoscopie antérieure montre une fosse nasale droite large, avec hypertrophie du cornet inférieur qui ne touche pas cependant la cloison. A ce niveau le septum présente une concavité en forme de gouttière longitudinale avec dépression infundibuliforme vers la partie médiane. A gauche, les cornets et la cloison se touchent ; c'est à peine si l'on peut passer un stylet très fin entre ces deux parties. La cloison forme au niveau de la concavité correspondante de son autre face une saillie analogue à un bourrelet qui proémine surtout vers le milieu de sa longueur. Par sa face externe, cette saillie comprime fortement le cornet inférieur qui semble à peine développé dans ses parties membraneuses. Le bord du bourrelet et sa face supérieure refoulent en haut le cornet moyen hypertrophié. Cette saillie, qui s'avance jusqu'à l'épine nasale antérieure et qui s'étend sur une longueur de trois centimètres, comme on peut le constater après anesthésie par la cocaïne, au moyen d'un stylet coudé passé derrière la tumeur, à douze millimètres d'épaisseur (mesure obtenue par un compas d'épaisseur spécial) dans sa partie la plus épaisse ; elle est formée entièrement par du tissu osseux, comme nous avons pu du reste nous en rendre compte ultérieurement.

A la rhinoscopie postérieure, la partie postérieure de la cloison est légèrement déviée à gauche, et la muqueuse des cornets ne présente aucune autre particularité que celle d'être le siége d'un coryza chronique. A la voûte du pharynx, hypertrophie mamelonnée et rougeur de la muqueuse. Il existe des mucosités dans cette région, ainsi que dans les fosses nasales ; depuis quelque temps elles semblent même avoir acquis un degré de fétidité assez prononcé pour gêner l'entourage du malade. La muqueuse du pharynx buccal est sèche, luisante et vernissée.

Après avoir institué pendant quelques jours un traitement antiseptique (pulvérisations boriquées par les narines, gargarismes et lavages du pharynx au moyen d'une seringue coudée), je procède à l'ablation de la tumeur.

J'introduis dans la fosse nasale gauche un tampon d'ouate trempé dans une solution de cocaïne au 1/5 et je le laisse

en place pendant quelques minutes ; je sectionne alors la muqueuse, sur la partie supérieure du bourrelet, au moyen d'un couteau galvano-caustique recourbé sur le champ. Pas de douleur, pas d'écoulement sanguin. J'enlève alors la tumeur osseuse au moyen d'une scie très fine. Le malade n'éprouve qu'un agacement dû aux mouvements de va-et-vient de l'instrument. La tumeur était à moitié sectionnée, lorsque la face du patient devient pâle ; il est pris d'une syncope qui ne dure que quelques instants, grâce à l'inhalation de quelques gouttes de nitrite d'amyle ; et il me demande de continuer l'opération.

Jusque là je n'avais eu de sang, mais alors l'écoulement sanguin est assez abondant par la narine opposée, ce qui est dû à la section de la partie de la cloison très concave de ce côté. En effet la scie a enlevé une rondelle de la cloison qui laisse communiquer entre elles les deux narines par une petite ouverture d'environ deux millimètres carrés. L'hémorragie est facilement arrêtée par l'application en ce point d'un tampon d'ouate trempé dans une solution de chlorure de zinc. Dans l'autre fosse nasale, il n'y a qu'un léger suintement sanguin qui s'arrête après les badigeonnages de cocaïne au 1/10. Je peux alors terminer l'opération sans éprouver aucune difficulté. Pansement iodoforme. — Le soir légère fièvre combattue avec succès par l'emploi d'une dose de 0,50 centigrammes de sulfate de quinine. Le lendemain nouveau pansement et lavages boriqués ; le troisième jour la plaie était déjà presque guérie entièrement. Par suite d'imprudences, le malade est pris d'un rhume qui n'a pas de conséquences fâcheuses grâce à l'usage du sulfate d'atropine.

Quelques jours après le malade est surpris de pouvoir distinguer nettement les odeurs ; le sens du goût se développe également. Enlèvement au galvano-cautère d'une partie saillante de l'os en forme d'aiguille ; la plaie est complètement guérie huit jours après l'opération. Le malade peut respirer à pleine poitrine, selon son expression. La faiblesse qu'il éprouvait a entièrement disparu.

Quatre mois après l'opération, j'apprends que le conseil de révision l'a déclaré propre au service militaire.

Dans nos différentes observations nous avons toujours eu recours à la scie, qu'il s'agisse de tumeurs osseuses ou cartilagineuses. Nous préférons cet instrument à la gouge, aux ciseaux ou au galvano-cautère.

Je n'ai pas eu l'intention d'étudier ici les déviations simples de la cloison; aussi n'ai-je pas parlé des différents procédés destinés à combattre cette affection, tels que les appareils de Jurasz, de Delstanche, de Flechter Ingals, etc. Cependant je dois dire que dans un cas de déviation verticale avec hypertrophie du cartilage de la cloison, j'ai eu recours à la dilatation au moyen d'une tige de laminaire et de morceaux d'ouate pour savoir à quelle profondeur s'étendait la tumeur. J'ai été très surpris de voir qu'au bout d'une douzaine de séances, à intervalles de deux ou trois jours, le cartilage avait diminué tellement de volume que le septum avait acquis presque son épaisseur normale tout en reprenant sa direction antéro-postérieure. Ce malade, âgé de quatorze ans, est encore en traitement à ma clinique. Je dois dire que ses végétations adénoïdes ont été enlevées au moyen des pinces, et ses amygdales hypertrophiés ont été détruites par le galvano-cautère.

En résumé, je suis d'avis que la présence des tumeurs adénoïdes a une influence sur les déviations de la cloison et sur le développement de certaines tumeurs du septum et qu'il est nécessaire d'opérer ces sténoses nasales, même lorsqu'une seule narine est obstruée, car, outre l'amélioration de l'état local, on peut constater que l'état général bénéficie de l'opération.

DISCUSSION

M. Moure n'a pas à se louer de l'emploi de la scie : dans un cas il a voulu se servir de cet instrument, mais l'écoulement sanguin a été si abondant qu'il a dû terminer l'opération avec de forts ciseaux d'un usage facile et rapide.

M. Baratoux répond que chez plusieurs de ses malades

il eût été impossible de sectionner la tumeur osseuse avec les ciseaux, l'une des branches de l'instrument ne pouvant être introduite sur l'un des côtés du bourrelet osseux.

ÉTUDE SÉMÉIOLOGIQUE DE L'ÉPREUVE DE WEBER DANS L'AUDITION DU DIAPASON-VERTEX

par M. le Dr **GELLÉ**.

Dans l'état physiologique, si l'on place un diapason vibrant sur le sommet du crâne d'un homme sain et d'audition normale; puis, si l'on bouche du doigt le méat auditif droit, par exemple, le son est perçu aussitôt à droite exclusivement.

Le son, qui était central, s'est latéralisé; c'est là l'expérience de Weber. On a cherché à l'utiliser en séméiotique auriculaire, soit que l'affection otique donne lieu à une sensation unilatérale du son du diapason-vertex, soit que le son reste perçu au point de contact du corps sonore sans être ni gauche ni droit.

Les troubles de l'audition de causes pathologiques coïncident, en effet, souvent avec la latéralisation du son apporté à l'oreille par les os de la tête, mais cela n'est pas d'observation constante.

Comment se produit cette sensation latéralisée, droite ou gauche, du son transmis par un instrument posé sur le milieu du crâne, chez l'homme entendant? Peut-être cette notion clairement exposée aidera-t-elle à mieux saisir le comment du déplacement du son crânien ou solidien vers l'une ou l'autre oreille par suite des lésions anatomo-pathologiques résultant des affections morbides.

Rappelons tout d'abord que l'orientation a lieu sur la sensation du maximum d'impression acoustique.

Du côté où le nerf auditif est le plus vivement impressionné, nous jugeons que le corps sonore est placé; et

notre attention se dirige là où la sensation se trouve ainsi latéralisée.

Par l'occlusion de l'un des conduits, par la pression de la pulpe du doigt, dans cette épreuve de Weber, on constate par conséquent un premier effet: c'est l'accroissement momentané de la sensation auditive du côté oblitéré et pressé; ce qui nous conduit à admettre que cette épreuve transforme pour un instant et modifie les facultés conductrices de l'appareil sur lequel on agit, de telle façon qu'un maximum artificiel du courant sonore se trouve ainsi passagèrement créé.

Comment cela se produit-il? Nous le savons depuis les travaux de Lucæ et de Hinton et mes études personnelles.

Que l'on admette avec Hinton que l'augmentation est due à l'arrêt du courant sonore et de son écoulement au dehors, ou bien qu'avec Lucæ et autres on l'explique par l'effet d'une pression légère exercée ainsi sur le tympan, il est remarquable que la petite modification si fugitive, imprimée à l'appareil acoustique, suffit à amener le *forte*, qui limite l'audition et détermine l'orientation latérale.

Il faut savoir que sur l'homme dont les oreilles sont saines, il suffit de produire une modification bien légère des conditions ordinaires de l'audition pour déplacer le sens de l'orientation au bruit. Ainsi, on obtient la latéralisation droite du son du diapason-vertex par la seule adaptation d'un tube de caoutchouc au conduit de l'oreille droite; si ce tube est bouché à son bout libre, l'effet est encore plus net.

La poire de Politzer adaptée au méat auditif réalise aussi les conditions du renforcement du son et, par suite, du déplacement ou transfert de la sensation médiane du diapason-vertex vers l'un des côtés de la tête.

Dans ces cas, c'est à la résonnance des cavités ainsi constituées et annexées à l'organe de l'ouïe que le renforcement a lieu certainement. D'autre part, en

adaptant à l'orifice auriculaire un tube de caoutchouc de 0,40 centimètres de long à l'autre extrémité duquel est introduite la tige du diapason, qui pend en liberté, on constate que les vibrations de l'instrument augmentent d'intensité au plus léger pincement du tube de caoutchouc, qui amènent indirectement une exagération de la tension normale du tympan et de l'appareil de transmission ; ici, c'est par une action sur cet appareil conducteur des ondes sonores que s'explique le renforcement de la sensation, la production d'un maximun et le déplacement de l'orientation, le corps sonore restant toujours sur le milieu du crâne.

C'est en réalité une illusion que l'on crée ainsi artificiellement.

Je ne ferai que rappeler à ce propos les expériences nombreuses au moyen desquelles j'ai démontré, après bien d'autres, mais par des procédés nouveaux qu'une légère tension imprimée aux membranes tendues, accroît leur conductibilité pour le son, tandis qu'une tension exagérée peut arriver à l'éteindre.

De cet exposé rapide, il résulte qu'on doit admettre la dualité des origines du renforcement d'où naît le déplacement latéral et que tantôt il est dû à la formation de cavité de résonnance, tantôt à la tension ajoutée par la pression digitale auriculaire.

Ceci établi, l'expérience de Weber peut-elle être utilisée en séméiotique otologique ?

Si la mobilisation facile de son perçu du diapason-vertex caractérise les oreilles saines, comment se comportent à ce point de vue les oreilles malades?

Quand le son est déplacé, mobilisé, qu'est-ce que cela veut dire au point de vue du diagnostic des lésions et de leur pronostic ? Quand l'épreuve de mobilisation ou de latéralisation est négative, qu'en doit-on conclure dans un cas donné ? Une première simplification pour débuter : l'occlusion du conduit a lieu par des bouchons de cire, par des corps étrangers, exostoses, etc., tous obsta-

cles visibles à l'inspection et qu'il est suffisant d'indiquer tout d'abord pour que l'élimination en soit faite d'ores et déjà.

Toutes les causes de résonnance par lésions du conduit auditif externe sont ainsi négligeables.

L'intérêt se concentre sur les faits où la latéralisation est due à des écarts de tension provoquée.

On remarquera que nous voici en plein dans le mode de genèse du déplacement du son du diapason-vertex par des lésions pathologiques.

Cependant, il est telle affection de la membrane du tympan (épaississement) qui s'oppose manifestement à la sortie du courant sonore transmis par les os crâniens, et cause le renforcement suffisant pour produire la latéralisation.

N'oublions pas, pour juger d'un cas semblable, que le plus faible relâchement de l'appareil conducteur est suivi aussitôt d'une enfonçure graduelle, proportionnelle de la chaîne des osselets, et que cet effet consécutif peut produire jusqu'à l'immobilisation de l'étrier. Avant d'atteindre cette proportion, cette pression secondaire joue le plus grand rôle dans le résultat final, au point de vue de l'excitation du nerf labyrinthique, aussi bien que de l'affaiblissement de la conductibilité de l'appareil ; l'issue du son au dehors est par là également empêchée, et le son renforcé du côté malade. Ces prémices posées, étudions l'épreuve de Weber dans un cas pathologique donné.

Supposons un malade chez lequel le son du diapason, posé sur le sommet du crâne, est latéralisé à droite ; et admettons que par l'occlusion ou la pression digitale de Weber sur l'oreille gauche le son soit suceptible d'être déplacé et de paraître venir de gauche. En somme, nous trouvons que la sensation est mobilisable par l'application du doigt ; or c'est le cas dans l'état normal. C'est conclure que le pronostic est excellent, puisque les organes se conduisent comme à l'état sain, et que le dépla-

cement du maximum unilatéral d'origine pathologique ne résiste pas à la simple augmentation d'intensité sonore que procure à l'oreille gauche, saine, son occlusion avec pression au moyen du doigt.

La clinique nous montre une foule de cas de cet ordre; et je m'empresse de déclarer que, de l'analyse des observations analogues, il est permis de conclure que dans la majorité des cas la possibilité de mobiliser le son du diapason-vertex, latéralisé ou central, a paru être l'indice d'une amélioration possible, rapide et franche.

J'ai pu constater de plus que dans certaines observations où, au début, la mobilisation était nulle, l'amélioration de l'affection auriculaire a coïncidé avec le retour de cette faculté de déplacer *ad libitum* le son du diapason-vertex, qui est la caractéristique de l'état normal.

L'analyse des faits cliniques est très instructive à cet égard, et d'autre part elle montre combien il est vrai que la pression digitale, même légère, s'accompagne d'un effet de pression profonde, d'un accroissement de tension.

Certains faits pathologiques exagèrent pour ainsi dire le phénomène consécutif et rendent indiscutable l'évidence d'un mouvement communiqué.

Voici un cas bien probant à ce point de vue.

(Observation n° 910 *bis*) : Otite suppurée à gauche; à ce moment, le diapason-vertex est perçu à gauche ; — une fois la guérison de l'écoulement, montre à 55 centimètre à gauche; à 1 mètre et plus à droite. — Le diapason-vertex est alors perçu central; mais, si l'on presse légèrement sur l'orifice de l'oreille gauche, le son du diapason-vertex est latéralisé aussitôt à l'opposé, à droite.

Comment cela? Le tympan est mou, épais, mobile à l'extrême, et tout l'appareil avec lui, comme après une grave inflammation tympanique; la pression digitale comprime le tout, éteint la conduction et immobilise l'étrier; l'oreille gauche est morte, et la droite seule perçoit encore.

C'est bien là une action profonde qui a dépassé les limites ordinaires, grâce à la mobilité et au peu de résistance des parties récemment enflammées.

Au reste, dans d'autres conditions, le tympan manquant, les osselets disparus, l'étrier étant à nu, libre, on ne constate aucun effet analogue sous l'influence des pressions du doigt au méat (Obs. 1409).

Dans d'autres circonstances, j'ai pu observer un fait curieux: le son du diapason-vertex n'était pas perçu du sujet, mais l'apposition du doigt au méat auditif gauche le rendait aussitôt perceptible, mais rapporté à l'oreille gauche ; par l'oreille droite, rien de semblable.

L'oreille gauche seule donnait des résultats positifs à l'épreuve des pressions centripètes et par celle des réflexes auriculaires, montrant une mobilité excessive, pathologique de l'appareil (Obs. 300).

Observation (résumée). — H. vieille otite chronique. D. V. 0. Si je clos l'oreille gauche, perception immédiate du D. V. à gauche. Audition de la montre = 0; du diapason, bonne à d. et à g.; en bouchant l'oreille droite D. V. = 0; épreuve des pressions centripètes, le diapason posé sur le tube qui unit la poire à air à l'oreille droite = 0; épreuve des synergies binauriculaires ou des réflexes = 0.

La poire à air placée à gauche, le diapason posé sur le tube : extinction du son à chaque pression. Si le diapason est porté en face de l'oreille droite, le son perçu est à chaque pression atténué franchement; le sujet le dit spontanément. Les trompes sont perméables; la mobilité du tympan nette à l'otoscope et à l'inspection; aspect opalescent; manche peu distinct; sécheresse générale; audition très inférieure et peu modifiée par le Politzer.

De ces faits on peut conclure qu'au moyen de la pression digitale on produit une tension artificielle de l'oreille qui tantôt accroît l'audition, tantôt l'affaiblit.

Incidemment, on remarquera qu'il y a là des indications évidentes pour le clinicien dans certains cas.

Cette action est rendue indiscutable par l'analyse de

quelques observations où, par l'accroissement des tensions provoqué par la pression digitale, on a pu, à volonté, abaisser la sensibilité de l'oreille opposée (obs. 1005) et ailleurs faire naître un bourdonnement également dans l'autre oreille.

La pression digitale met donc en éveil les synergies binauriculaires et peut les rendre manifestes ou les montrer exagérées par l'état morbide.

Par opposition avec les faits précédents, dans lesquels les écarts de la tension provoquée sont exagérés par le ramollissement et le relâchement des ligaments et des tissus tympaniques, on rencontre des séries de cas où la pression digitale est sans effet, le son latéralisé ou non ne subit aucun déplacement à la suite.

Nous éliminerons tout d'abord les cas d'hémiplégie de tout ordre où la lésion est nerveuse, centrale, et, par suite ne peut être modifiée par les changements apportés dans la tension des organes d'ailleurs indemnes.

Cependant il est bon de savoir que par les pressions digitales sur le méat auditif du côté sourd, on agit nettement sur l'audition de la bonne oreille chez les hémianesthésiques hystériques entre autres.

Voici maintenant l'analyse de 55 cas de lésions auditives, examinées aussi au moyen des pressions et des des occlusions digitales.

Dans un premier chapitre étudions les faits où le diapason, appuyé sur le sommet de la tête, se trouve latéralisé, et en premier lieu, dans cette série, ceux qui offrent la latéralisation du côté le mieux entendant ou seul entendant.

Cas où le son du diapason-vertex est latéralisé du côté sain ou le meilleur.

Tantôt la mobilisation est possible; tantôt elle ne l'est pas.

Voici un malade de ce genre avec mobilisation possible, c'est-à-dire chez lequel le diapason-vertex, perçu d'un côté par la meilleure oreille, peut cependant être déplacé à l'opposé par la pression digitale de Weber de ce côté.

Observation, (résumée aux deux conditions strictement nécessaires à connaître ici, n° 293):

Diapason-vertex latéralisé à droite où la montre est perçue à 40 centimètres ; non déplacé par l'occlusion de la gauche, où la montre est entendue à 2 centimètres seulement.

Si la pression digitale agit par pression sur les parties profondes et conductrices de l'oreille, l'absence d'aucun résultat ici doit être interprété dans ce sens que la lésion est forte, l'enfoncement profond, la mobilité nulle et la fixité presque complète.

En effet rien ne bouge, rien ne se meut; tout déplacement vers le labyrinthe est nul ou peut être nuisible, exagérant peut-être la déformation et l'enfoncement des parties; aussi, on voit à la lecture de l'observation tous les signes négatifs, et le traitement sans effet, le Politzer n'a rien changé à cet état.

Autre observation (n° B. 882):

« Le diapason-vertex est rapporté à droite; là, la montre est entendue à 12 centimètres ; si l'on clôt 'oreille gauche, le son reste toujours à droite ; la montre est perçue à 3 centimètres à gauche. »

C'est encore un résultat négatif dans un cas rebelle à toute intervention thérapeutique.

Autre observation (n° 576) :

Le diapason-vertex est perçu à droite où la montre est entendue à 1 mètre. — L'occlusion de l'oreille gauche ne mobilise pas le son ; à l'oreille gauche, la montre non perçue.

L'oreille gauche n'éprouve aucun effet de cette épreuve, aucun traitement n'a pu améliorer la surdité de l'oreille gauche. L'appareil est déprimé, immobile, soudé, fixé par une sclérose irrémédiable.

Même gravité des lésions, même pronostic grave tiré de l'absence de mobilisation du son latéralisé du côté bien entendant.

Observation 760 :

Diapason-vertex perçu à gauche ; M à 2 centimètres; occlusion de la droite, pas d'effet ; M. à droite non perçue; même pronostic, nulle amélioration, sclérose totale. Cependant on rencontre des cas de même latéralisation non mobilisable au début et qui ont pu être modifiés par le traitement, ce qui enlève au pronostic son caractère absolu de gravité.

Observation (anc. 1.) :

Diapason-vertex perçu à gauche ; montre à gauche à 8 centimètres; oreille droite close, pas d'effet; montre à droite à 1 centimètre. Après traitement sérieux 25 centimètres à gauche et 12 à droite. — Retour de la mobilisation du diapason-vertex perçu toujours à gauche.

Ces cas constituent un groupe pathologique très nombreux; et c'est un fait d'observation déjà noté par d'Espine, de Genève, que la gravité des surdités unilatérales très accusées; j'ajouterai, quand l'autre oreille s'est conservée excellente.

La pression digitale rend évidente l'incapacité fonctionnelle qui résulte des lésions et permet de porter dès l'abord un pronostic fâcheux, mais non, je le répète, absolument; car le pronostic ne saurait se tirer d'un seul signe, même d'une surdité totale.

J'ai peu de faits dans lesquels, l'audition du diapason-vertex étant latéralisée du côté le meilleur, le son ait été reconnu mobilisable. C'est là encore un signe de lésion sérieuse et de curation douteuse; cependant on peut en tirer cette autre conclusion que les affections bilatérales sont plus fréquentes que les unilatérales, à une période déjà avancée de la maladie.

Observation 732. — D. V. perçu à gauche; M. à gauche à 2 centimètres. — Occlusion droite, mobilisation droite; où M. non perçue.

Dès que l'écart entre la capacité acoustique de deux organes n'est pas extrême, il est clair que les chances d'amélioration sont plus nombreuses : (Obs. 795) : diapason-vertex perçu à droite; M. à 45 centimètres à

droite; occlusion gauche, mobilisation à gauche, où la montre à 20 centimètres.

Prenons maintenant les cas où le son du diapason-vertex est latéralisé du côté sourd, le moins entendant, du côté malade, et admettons d'abord l'absence de la possibilité de le mobiliser.

Ici les observations abondent. Sur un ensemble de 29 faits pris au hasard, 25 fois le diapason-vertex a été trouvé latéralisé du côté sourd; or, sur ces 25 cas, le son n'a été reconnu mobilisable que 9 fois seulement par la pression digitale de Weber; dans 16 cas cela n'était pas possible. Il faut immédiatement remarquer que, sur les 9 cas mobilisables, 7 ont été rapidement et grandement améliorés; un seul d'entre eux avait un bouchon du cerumen. 2 cas ont été réfractaires à l'épreuve de mobilisation, et ces 2 faits se rapportent à des lésions que le traitement n'a pu modifier.

De plus, dans les 16 cas, où n'avait pu changer l'audition latérale du diapason-vertex tout d'abord, par la suite du traitement, après un temps variable, 11 ont recupéré la mobilisation, la possibilité de déplacer le son d'un côté à l'autre, 5 sont restés non améliorés et sans qu'on ait pu constater aucun retour semblable.

Dans les autres faits qui servent de base à cette étude, le son du diapason-vertex était central, c'est-à-dire ni droit, ni gauche.

J'ai 21 cas de cet ordre.

La possibilité de mobiliser le son et de central le rendre latéral ne s'est rencontrée que 6 fois; dans ces 6 faits, 4 fois la guérison a été entièrement rapide et nette; en deux cas seulement il y avait des bouchons de cerumen.

Dans les 15 observations où la mobilisation du diapason perçu central n'a pu avoir lieu, on constate que les affections bilatérales, avancées, scléreuses, cependant quelques faits montrent une audition d'un côté relativement bonne; par exemple, la montre est perçue d'un

côté à 65 centimètres et à 1 mètre même dans un cas, tandis que le son du diapason-vertex est toujours perçu central.

Cependant les inductions pronostiques que l'on peut tirer de l'épreuve des pressions digitales dans les cas de cette série sont plus aléatoires et inégales ; on trouve des cas incurables et d'autres qu'une action thérapeutique a a paru modifier avantageusement.

La valeur séméiologique du signe est alors moins nette ; mais l'absence de mobilisation reste toujours avec sa signification sérieuse au point de vue de la gravité générale des lésions otiques et de leur ancienneté.

CONCLUSIONS

L'occlusion du méat par le doigt cause un léger renforcement du son que les sourds graves ne sentiront pas, mais que les sujets atteints de surdité récente perçoivent souvent encore.

La pression digitale du méat auditif se confond avec l'occlusion, mais agit sur l'appareil conducteur jusqu'au labyrinthe. Elle peut mettre en jeu les réflexes binauriculaires, mais elle n'est pas graduée, elle est souvent inégale et difficile à bien exécuter; elle est quelquefois mal supportée par le sujet; malgré ces critiques, elle est d'une telle simplicité qu'on a tout intérêt à l'employer, car elle a surtout rapport aux lésions de l'appareil conducteur des sons, et peut renseigner comme on l'a vu, en bien des cas sûrement, sur l'état des parties profondes, sur leur mobilité et sur le jeu de l'étrier même. Il résulte, au point de vue du pronostic, des cinquante-cinq faits analysés ici, que la possibilité de mobiliser, de déplacer le son du diapason-vertex, constitue certainement un excellent signe pronostic, que le son soit latéralisé ou resté central.

Cependant, l'action de la pression digitale nulle au début peut devenir effective plus tard, et l'observation

montre que la réapparition de la mobilisation du son crânien coïncide avec la franche amélioration de l'état pathologique. Quand celle-ci se fait attendre, la mobilisation reste impossible le plus souvent.

Ce travail a pour but d'appeler l'attention des médecins otologistes français sur un signe délicat et pratique, capable de rendre de grands services, ainsi que l'ont depuis longtemps prouvé les travaux de Lucaé et les remarques de Politzer.

M. Boucheron. — Toutes les fois qu'une augmentation de pression existe depuis quelque temps sur le labyrinthe, il est nécessaire de tenir compte des effets de l'excès de pression sur le nerf acoustique ; il faut considérer : 1° l'*anesthésie* plus ou moins complète du nerf qui diminue ou annihile la fonction auditive; 2° la *destruction* partielle ou totale du nerf qui produit aussi une perte totale ou partielle de l'ouïe.

Les explorations de l'ouïe basées sur une modification expérimentale de la pression labyrinthique (pression digitale dans le conduit auditif externe) ne donnent donc malheureusement que des résultats approximatifs sur la mobilité de l'appareil de conduction, et sur l'état du nerf, parce que nous ne pouvons chercher tout d'abord si la diminution de la fonction est due à l'anesthésie ou à la destruction du nerf.

C'est seulement quand le labyrinthe a été décomprimé que la distinction se fait ; la surdité par anesthésie disparaît, la surdité par destruction du nerf persiste.

A ce moment les expériences sur la mobilité de l'appareil de conduction sont valables.

M. Gellé. — M. Boucheron nous parle de l'anesthésie par compression du labyrinthe comme explication de la surdité. Je pense qu'il faut se rappeler que la plus légère compression du labyrinthe cause chez l'individu sain les troubles si communs du vertige auriculaire allant jusqu'à la chute à terre. Il est aussi évident que l'action de la compression est plus active à produire l'éréthisme du nerf labyrinthique,

comme l'appelle Triquet, ou tout au moins cette action doit au début causer cette hypéresthésie avant l'apparition des troubles dus à l'anesthésie par compression. Aussi je croirai à la compression du labyrinthe quand j'aurai vu l'étrier pénétrant dans le vestibule, ce que, pour ma part, je n'ai jamais observé. Jusqu'à présent, je pense que les lésions immobilisent l'appareil conducteur et rien de plus.

ÉPILEPSIE D'OREILLE COMPARÉE AUX AUTRES ÉPILEPSIES

Par le Dr **BOUCHERON.**

Nous avons à plusieurs reprises (1) signalé des faits d'épilepsie, procédant de troubles auriculaires, et nous avons insisté plus particulièrement sur les épilepsies ayant pour cause *une excitation,* isolée ou à peu près isolée, *du nerf acoustique.*

Nous avons attribué cette excitation du nerf acoustique à la compression labyrinthique (otopiésis), consécutive au vide, plus ou moins complet, de la caisse tympanique, vide produit par l'absorption de l'air de la caisse, lors des obstructions de la trompe.

Les insufflations d'air dans la caisse tympanique, remédiant au vide, font cesser la compression labyrinthique, l'excitation du nerf acoustique et les phénomènes épileptiques qui en résultent.

Dans les faits que nous avons rapportés, nous avons constaté, habituellement, un trouble de l'ouïe, en rapport avec la compression labyrinthique et coïncidant avec l'attaque épileptique, ce qui facilitait le diagnostic de la cause auriculaire de l'épilepsie.

(1) Boucheron, Surdi-mutité par otopiésis (*Revue mensuelle d'Otologie et de Laryngologie*).— Académie des Sciences, 1885. Épilepsie d'origine auriculaire. — Académie des Sciences 1887. Épilepsie d'oreille dans les affections otopiésiques à répétition.

Mais il arrive parfois que la surdité est très faible encore au début, et qu'elle est intermittente, ce qui peut rendre le diagnostic plus difficile.

Tel est, par exemple, le cas d'un jeune homme (1) atteint de crises épileptiques, parfois considérables et prolongées, qui n'avait de bourdonnement, d'assourdissement que peu de temps avant la crise épileptique, mais qui toujours avait à ce moment une obstruction des trompes d'Eustache, obstruction intermittente mais suffisante pour produire le vide de la caisse, la compression labyrinthique et l'épilepsie. L'attaque épileptique était prévenue ou arrêtée, quand l'insufflation d'air pouvait être faite dans la caisse.

La maladie d'oreille était ici au minimum, aussi a-t-elle pu être guérie, et l'épilepsie a disparu.

Les épilepsies d'oreille par excitation du nerf acoustique seul se trouvent chez les adultes, et aussi chez les enfants, et également chez les jeunes sourds-muets au moment où évolue l'affection otopiésique qui produit leur surdité (2).

M. Noquet, de Lille, a aussi observé, après nous, un fait (3), dans lequel le traitement d'une surdité moyenne, avec bourdonnement, par les insufflations d'air, a produit, en même temps, la guérison d'attaques d'épilepsie. Elles étaient répétées, et considérées comme assez graves, pour avoir fait exclure le malade d'une administration de chemins de fer.

L'épilepsie acoustique proprement dite, par excitation du nerf acoustique, est donc hors de doute.

Depuis fort longtemps, l'épilepsie par lésions grossières de l'oreille a été constatée, ainsi que sa guérison, quand cette lésion de l'oreille était possible.

(1) Comptes rendus de l'Acad. des Sciences, 14 nov. 1887. — Épilepsie d'oreille dans les affections otopiésiques à répétition. (Boucheron).

(2) Boucheron. Surdi-mutité par otopiésis. (*Revue mensuelle d'Otologie et de Laryngologie*).

(3) Noquet, Société Française d'Otologie, 1886.

Ainsi donc l'*épilepsie d'oreille* est assez fréquente, elle coexiste avec des lésions grossières ou légères qui excitent les nerfs auriculaires.

Maintenant la question suivante se pose : quelles sont les relations de ces épilepsies d'oreille avec les autres épilepsies anciennement connues, et les épilepsies microbiennes, plus récemment étudiées par M. Marie, l'année dernière (1), et M. Lemoine (de Lille), dans le *Progrès médical* de cette année (2)?

Si je me fais une idée bien nette de l'épilepsie, il faut, selon moi, concevoir les choses de cette manière.

Il y a un appareil épileptogène dont le centre est le bulbe rachidien, dont les afférents sont tous les nerfs centripètes au bulbe : le trijumeau, l'auditif, le pneumogastrique, le glosso-pharyngien, puis l'optique et l'olfactif; les organes cérébraux, cortico-bulbaires; en troisième lieu, les nerfs médullaires.

Toutes les excitations capables de produire une mise en train de l'appareil épileptogène déterminent une crise épileptique.

Pour l'épilepsie de Brown-Séquard, l'épilepsie du trijumeau, l'excitation du trijumeau au point d'élection (zone épileptogène) produit une excitation du centre épileptogène, le bulbe, d'où partent toutes les irradiations inhibitrices, excitatrices vers le cerveau, le cervelet (trouble d'équilibre) et les centres moteurs bulbo-médullaires, les centres vaso-constricteurs, etc., etc.

L'accès épileptique a éclaté.

Dans notre épilepsie d'oreille, épilepsie par excitation du nerf acoustique, dans l'excès de pression labyrinthique (otopiésis), l'excitation est transmise par le nerf acoustique au centre épileptogène bulbaire.

Il produit exactement tous les phénomènes épileptiques : inhibitions cérébrales, vertige, convulsions, stertor, etc., etc.

(1) Marie, *Progrès médical*, 1887.

(2) Lemoine, Pathogénie de l'épilepsie, 1888. *(Progrès médical.)*

L'accès d'épilepsie d'origine acoustique est identique à l'accès d'épilepsie du trijumeau, car c'est toujours le même et unique appareil épileptogène qui est mis en mouvement par une excitation sensitive; seulement dans un cas elle vient du nerf acoustique, dans l'autre du nerf trijumeau.

Mêmes considérations à formuler pour l'épilepsie du pneumo-gastrique, que l'agent d'excitations soit un ver intestinal, une colique hépatique, une colique néphrétique, spermatique, etc., etc., que l'excitation provienne du tube intestinal et annexes, de l'appareil cardiaque-pulmonaire et pleural (injection dans la plèvre, pneumothorax, toux du pneumo-gastrique, etc., excitations laryngées).

Même interprétation pour les excitations du glosso-pharyngien, dans ses distributions à la gorge, au nez, à l'oreille.

C'est encore la même chose pour les excitations complexes de la caisse du tympan et environs, où tous les nerfs sensitifs bulbaires ont des rameaux.

L'excitation transmise au centre épileptogène bulbaire met en jeu cet appareil épileptogène et la crise épileptique éclate.

C'est toujours la même chose quand ce sont les nerfs optiques, olfactifs, ou les nerfs des membres qui transportent l'excitation au centre épileptogène.

Ceci dit pour les excitations parties des nerfs sensitifs périphériques, nous pouvons également le répéter pour l'appareil cérébral cortico-bulbaire.

Une tumeur se développe dans la région corticale des circonvolutions temporales (obs. de M. Rousseau, médecin de l'asile d'Auxerre); une épilepsie se produit identique aux épilepsies classiques, avec des hallucinations de l'ouïe. C'est seulement à l'autopsie que la cause épileptogène, la tumeur, a été découverte.

L'excitation partie des éléments nerveux atteints par le néoplasme est transmise à l'appareil central épileptogène,

le bulbe, et les accès épileptiques éclatent toujours avec la même physionomie que d'ordinaire, puisque c'est toujours le même appareil épileptogène qui est mis en jeu.

Les lésions de la circonvolution de l'hippocampe signalées jadis comme fréquentes dans l'épilepsie agissent de même. Qu'une blessure du crâne intéresse les méninges et la substance nerveuse, écorce et fibres blanches sous-jacentes, la cicatrice ultérieure excite par tractions les éléments nerveux adjacents qui transmettent au centre épileptogène l'excitation qui va développer l'accès épileptique.

Une gomme du cerveau, la cicatrice de ce syphilome agiront dans le même sens.

Une lésion primitive ou cicatricielle de l'écorce cérébrale ou des fibres blanches de cause quelconque auront la même action, qu'il s'agisse d'un foyer microbien, syphilitique, paludéen, tuberculeux, micrococcien quelconque.

A ces épilepsies par excitations grossières s'ajoutent les épilepsies par excitations cérébrales, émotives par apeur, joie, surprise, etc., qui font aussi intervenir l'appareil bulbaire de l'épilepsie par excitation cortico-bulbaire idéomotrice.

Tels sont les principaux exemples de l'épilepsie par excitation centripète de l'appareil épileptogène.

Je tiens à insister à nouveau sur ce que toutes ces variétés d'excitations produisent toutes les variétés aussi de l'accès épileptique, grand accès, petit accès, absence, vertige, etc., selon l'intensité de l'excitation, et surtout selon l'étendue des irradiations centrifuges partant du bulbe, avec inhibition totale ou partielle du cerveau, — perte de connaissance —, et du cervelet, trouble d'équilibration.

L'épilepsie d'oreille qui nous intéresse le plus, l'épilepsie du nerf acoustique plus particulièrement, a une action élective sur l'état vertigineux, puisque l'excita-

tion des nerfs des canaux semi-circulaires a une action très puissante sur l'appareil de l'équilibration pour l'inhiber, l'exciter, le troubler d'une manière ou de l'autre.

A côté de ces épilepsies réflexes se placent les épilepsies chimiques, où le centre épileptogène est excité directement par un agent chimique introduit dans le sang. Je veux parler de l'épilepsie de Magnan, l'épilepsie absinthique.

L'absinthine, en effet, est une substance dont l'action élective se fait volontiers sentir sur l'appareil épileptogène et développe presque à coup sûr une crise épileptique.

L'épilepsie absinthique, ou par excitation chimique du centre épileptogène, est fort importante, car elle est un type précis dont les agents peuvent être fort nombreux.

Beaucoup de substances chimiques, en effet, produisent des résultats analogues plus ou moins marqués, et tout porte à penser que certaines substances chimiques fabriquées par l'organisme, ptomaïnes, en certaines circonstances, sont capables aussi de produire une excitation du centre épileptogène.

Ce serait ainsi que serait réalisée sur l'homme l'*épilepsie chimique* ou humorale, ou ptomaïnique intermittente comme les affections humorales, éclatant lorsque l'organisme est saturé, intoxiqué.

A cette épilepsie chimique, d'origine humorale pour ainsi dire spontanée, s'ajoute souvent l'épilepsie toxique par ingestion de substances aussi épileptogènes, telles que l'absinthe, les alcools, le tabac, le haschich, etc., etc.

La tendance à fabriquer des substances épileptogènes peut être dans une certaine mesure héréditaire comme la disposition à fabriquer des tophus ou des calculs, soit que ces substances soient fabriquées par l'organisme seul, ou avec l'aide de micro-organismes également transmissibles de parents aux enfants.

Ceci nous amène à parler de la troisième catégorie d'épilepsie, les épilepsies microbiennes.

Mais auparavant je veux appuyer mes remarques suggestives sur l'épilepsie chimique de faits d'observations personnelles sur de jeunes sujets (écoliers).

J'ai eu occasion d'observer quelques jeunes gens qui venaient d'être atteints d'une épilepsie *récente* et périodique, par conséquent au moment favorable pour l'étude. Dans ces cas, j'ai constaté chez ces sujets des troubles urinaires, des accumulations de sels urinaires très considérables, précédant et accompagnant les périodes de crises, et disparaissant dans les périodes de calme. C'était, à mes yeux, l'indication du trouble nutritif et chimique, en rapport avec le produit épileptogène.

Quant à l'épilepsie microbienne, qui se confond d'ailleurs fréquemment avec l'épilepsie chimique, parce que les microbes, par leurs ptomaïnes propres, sont pour leur part et peut-être pour la grande part les producteurs de ptomaïnes épileptogènes.

Cette épilepsie microbienne se présente sous plusieurs aspects. Les microbes sont diffusés dans l'organisme et atteignent le système nerveux secondairement par les ptomaïnes qu'ils produisent, ou bien les microbes se cultivent en foyers localisés dans le système nerveux.

C'est cette épilepsie à lésions microbiennes du système nerveux qu'ont déjà étudiée d'une manière si sagace MM. Marie, Pierret et Georges Lemoine.

Ces auteurs font remarquer que l'épilepsie infantile grave est très fréquemment précédée de maladies infectieuses connues (fièvres éruptives, typhoïdes, syphilis, etc.), ou de maladies infectieuses innommées (Marie), et que la localisation de ces microbes dans le système nerveux est infiniment probable depuis les travaux de Pasteur sur la rage, même lorsque nous ne avons pas déceler ces foyers microbiens.

M. Lemoine a insisté surtout sur ce fait que l'épilepsie microbienne, par syphilome, par exemple, se produit, surtout à la période de cicatrisation et de réparation du néoplasme, c'est-à-dire lorsque la cicatrice rétractile excite

les fibres nerveuses avoisinantes pour mettre en jeu, à distance, l'appareil épileptogène.

Les cicatrices traumatiques du système nerveux produisent aussi beaucoup plus souvent l'épilepsie que la plaie récente.

Pour les infections innommées ou connues on se rendra compte, de la même manière, qu'elles ne produisent l'épilepsie qu'à longue échéance, lors des rétractions cicatricielles des foyers microbiens.

Les arrêts partiels de développement des membres, de la face, du crâne, seraient aussi des effets éloignés des lésions microbiennes en foyer du système nerveux et non plus seulement des stigmates de la dégénérescence des individus et des races. La doctrine de la dégénérescence, défendue encore récemment par Ballet, se trouverait par là fort diminuée de son importance.

Ainsi, même cette épilepsie microbienne, par foyers localisés dans l'appareil nerveux, agirait aussi d'une manière analogue aux épilepsies d'origine périphérique, en excitant à distance l'appareil épileptogène.

Ces épilepsies seraient donc également symptomatiques.

On se demandera ensuite, d'après cela, combien il reste d'épilepsies prétendues essentielles, c'est-à-dire à causes méconnues.

Ainsi les travaux les plus récents, institués à différents points de vue, nous amènent à cette conclusion commune que la grande majorité des épilepsies, sinon toutes, sont des épilepsies symptomatiques.

En d'autres termes, nous retrouvons notre formule du début. Il y a un appareil épileptogène dont l'excitation produit les mêmes symptômes, mais dont la mise en mouvement peut être produite par une foule d'agents, y compris, le plus intéressant pour nous, le nerf acoustique et les nerfs de la caisse tympanique, trijumeau, pneumogastrique et glosso-pharyngien.

L'épilepsie d'oreille comprend donc l'épilepsie par

excitation localisée du nerf acoustique et les épilepsies par excitation combinée des nerfs trijumeau, pneumogastrique et glosso-pharyngien dans les lésions de la caisse.

Notre épilepsie, l'épilepsie acoustique proprement dite, qui présente les lésions les plus minimes, et les plus facilement curables par conséquent (c'est le plus souvent une compression momentanée du labyrinthe, otopiésis), est caractérisée par une diminution de l'ouïe ou des bourdonnements précédant la crise, ou succédant à la crise, des obstructions des trompes précédant aussi les crises. L'arrêt de la crise est obtenu par la décompression du labyrinthe et du nerf acoustique, avec les insufflations d'air, etc.

La cure totale est possible par l'éloignement des causes d'excitation du nerf acoustique selon les cas, par les moyens ordinaires, ou par les opérations qui décompriment le labyrinthe, la mobilisation de l'étrier (1), par exemple.

Les épilepsies d'oreille par excitation combinée de tous les nerfs de la caisse tympanique sont aussi, dans une certaine mesure, curables, quand ces lésions de la caisse ou du rocher sont elles-mêmes curables.

Toujours est-il que les épilepsies d'oreille doivent être diagnostiquées (troubles légers ou graves de l'ouïe) de bonne heure et soignées rapidement. Car, si l'on s'en rapporte aux expériences de Brown-Séquard, les habitudes épileptiques, l'habitude que l'appareil épileptogène prend d'être excité facilement fait que cet appareil devient plus excitable et peut être mis en jeu ultérieurement par des causes futiles psycho-motrices, émotives, tout autre que la cause première. Par conséquent, l'habitude épileptique peut survivre à la cause épileptogène primitive et constituer un état de prédisposition fâcheuse aux crises épileptiques.

(1) Boucheron, Opération de la surdité otopiésique (*Acad. des Sciences*, 23 avril 1888.

Les épileptiques à leurs premières crises auront donc grand intérêt à être examinés, du côté de l'oreille, comme du côté des autres nerfs ou organes épileptogènes. L'épilepsie d'oreille paraît être, d'après nos observations récentes, plus fréquente qu'on ne le supposait, et cette épilepsie peut être guérie par les moyens appropriés.

DISCUSSION

M. Noquet. — Si j'en juge par ma pratique, les crises épileptiformes provoquées par l'otite moyenne chronique simple sont rares. Je n'ai en effet rencontré que deux cas bien nets, y compris celui que j'ai communiqué, il y a deux ans, à la Société. Les phénomènes vertigineux sont de beaucoup les plus fréquents.

M. Gellé rappelle que dans tous les cas de sa pratique, où il lui a été donné de constater l'existence de troubles épileptiformes, il a constamment eu affaire à des faits d'otorrhées anciennes et d'otites anciennes ayant détruit une bonne partie de l'organe de l'ouïe. L'observation que va lire M. Suarez confirme son opinion sur la genèse par méningite de ces accidents épileptiformes.

M. Baratoux ne pense pas également que l'épilepsie puisse se produire sous l'influence d'une affection légère de l'oreille moyenne, tous les accidents épileptiformes qu'il a observés se sont montrés chez des malades atteints d'otite moyenne suppurée.

M. Boucheron. — Les épilepsies d'oreille par lésions de la caisse ont été observées depuis les temps les plus anciens (Fabrice de Hilden), parce qu'une lésion grossière de l'oreille ne pouvait ne pas frapper un observateur attentif, et la disparition des crises épileptiques avec les lésions de l'oreille ne pouvait manquer de faire rattacher l'épilepsie à la maladie de l'oreille.

L'épilepsie acoustique proprement dite par excitation isolée du nerf acoustique est d'une observation plus délicate, puisque le trouble de l'ouïe peut être léger ou même fugitif. Mais maintenant que l'attention est attirée sur les faits, on recueillera des cas nombreux, car selon notre observation l'épilepsie acoustique est bien plus commune qu'on aurait pu le supposer.

SUR UN CAS D'ÉPILEPSIE GUÉRI PAR L'ABLATION D'UN POLYPE DE LA CAISSE QUI OCCUPAIT TOUT LE CONDUIT AUDITIF

Par le Dr Ferdinand **SUAREZ de MENDOZA** (d'Angers).

Les attaques épileptiformes dans les suppurations de la caisse ont été observées par Jackson, Koeppe, Mòos, Schwartz, M. Gellé et autres. Ces attaques, tantôt expliquées par des lésions de contiguïté, tantôt par action réflexe, sont donc déjà assez connues. Si je me suis décidé malgré cela à vous communiquer l'observation suivante, c'est parce qu'elle offre quelques particularités qui m'ont semblé dignes d'être signalées.

Observation. — M. C., âgé de vingt-huit ans, vient à ma consultation le 2 octobre 1887. Il me raconte qu'atteint depuis neuf ans du haut-mal il a suivi plusieurs traitements (*bromures, coques de levant, hydrothérapie*), sans avoir éprouvé le moindre soulagement.

Aussi ce n'est pas pour son épilepsie mais pour une tumeur qui lui a poussé dans le conduit de l'oreille qu'il vient me consulter. Il a gardé depuis six ans cette tumeur parce que, celle-ci étant trop près du cerveau, on lui a conseillé de ne pas y faire toucher. Il m'apprend qu'il y a onze ans il a été pris d'une attaque de méningite qui se manifesta par de violents maux de tête, fièvre, délire et assoupissements. Des sangsues aux pieds et des vésicatoires sur la tête le débarassèrent de la dite méningite qui se fondit par l'oreille au troisième vésica-

toire. Depuis, de son oreille a toujours coulé quelque chose qui ne sentait pas bon et qu'on n'a jamais essayé de tarir, craignant que cela ne se portât ailleurs.

Renseigné suffisamment par cet exposé, j'ai passé à l'examen local et j'ai constaté dans le conduit gauche la présence d'un énorme polype couleur rouge vineuse qui s'étendait jusqu'au niveau de la base du tragus. J'essayais de nettoyer les contours avec de la ouate hydrophile enroulée sur un porte-coton lorsque le malade se raidit et tomba par terre en proie à une véritable attaque d'épilepsie pendant laquelle j'ai eu toutes les peines du monde à empêcher le malheureux de se broyer la langue entre les dents.

L'attaque une fois passée, j'interrogeai avec plus de soin le malade, qui me dit que les attaques d'épilepsie ont commencé deux ans après la prétendue méningite ; que, d'abord rares, elles sont devenues plus fréquentes, et que maintenant il en a quelquefois deux ou trois par semaine, surtout dans la belle saison, lorsque le travail des champs l'oblige à se courber souvent vers la terre. En hiver, paraît-il, les attaques sont moins communes et il se passe quelquefois dix jours sans qu'il en éprouve. Il me dit ainsi que quand il se nettoie l'oreille ou qu'il se la frotte, il est sûr d'avoir une attaque, de même si en dormant il se tourne du côté malade.

N'ayant plus ce jour-là de temps à donner au malade et désirant compléter l'observation, je l'ai renvoyé au lendemain, après avoir fait le cathétérisme et avoir constaté que l'oreille gauche était saine. Le cathétérisme à droite fut d'abord sans résultat appréciable, et ce n'est qu'après le passage d'une bougie que l'arrivée de l'air fut annoncée par un bruit de friture dans le conduit; ce qui annonçait la perforation du tympan.

Le lendemain le malade me dit n'avoir pas eu d'attaque et avoir senti sa tête moins lourde. Je désirais en avoir le cœur net; aussi, une fois installé, je commençai par presser délicatement sur le polype. Un léger vertige s'ensuivit et disparut en faisant une insufflation. Trois fois je répétai l'expérience, et trois fois elle donna le même résultat. Alors je poussai un peu plus fort et le malade tomba de nouveau foudroyé. Il

n'y avait plus de doute pour moi, les attaques d'épilepsie provenaient d'un phénomène de compression dû à la pression faite par le polype sur le tympan ou sur les parties profondes de la caisse.

Une fois le malade revenu à son état normal, je le décidai à subir l'opération, lui faisant entrevoir l'espoir d'être simultanément débarrassé et de son polype et de son épilepsie. Je craignais que l'introduction du serre-nœud ne produisît une nouvelle attaque; aussi allais-je doucement demandant toujours au malade de m'avertir si le vertige survenait. Deux fois je fus obligé de m'arrêter, car, bien que le malade fit une insufflation continuelle pendant que le fil avançait dans le conduit, le vertige augmentait beaucoup à la moindre pression faite par le fil du polypotome. Voulant éviter une autre attaque, j'ai pris une petite érigne et traversant le polype l'attirai doucement à moi de la main gauche pendant que la main droite faisait avancer le polypotome; j'ai pu faire ainsi la section sans produire autre chose qu'un grand vertige.

Le morceau obtenu, que j'ai l'honneur de vous présenter, était long de 1 centimètre et demi et large d'un bon centimètre; un deuxième morceau que je joins au premier fut sectionné le lendemain sans même occasionner de vertige. Le reste fut enlevé en huit séances à l'aide du pincement et du grattage; et, finalement, le galvano-cautère me permit de détruire le pédicule qui était situé à la partie antérieure et inférieure de la caisse, la moitié antérieure du tympan est détruite. La perforation est limitée en arrière par le manche du marteau, en bas et en avant par la circonférence osseuse, et en haut par un lambeau de tympan.

Des pansements à l'acide borique et des injections antiseptiques complétèrent en vingt jours la guérison de l'écoulement, et le malade me quitta au vingt-deuxième jour, sans avoir eu une nouvelle attaque, heureux au-delà de toute description de se retrouver un homme comme les autres.

Depuis cette époque je l'ai perdu de vue jusqu'au 27 février dernier où il revint dans mon cabinet pour une autre cause,

et m'assura n'avoir jamais eu depuis l'opération la moindre menace de vertige ni d'attaque.

L'audition est toujours satisfaisante. La montre est entendue au contact du côté droit et à un mètre du côté gauche. En examinant l'oreille, j'ai constaté à travers la perforation que la muqueuse de la caisse est légèrement gonflée, sans qu'il y ait cependant la moindre trace de suppuration.

Pendant mon examen, je promenai sur la surface tympanique et sur la partie visible de la caisse un porte-coton garni et, malgré une pression assez sensible, la malade n'éprouva autre chose que le bourdonnement et le vertige naturels lorsqu'une pression s'exerce sur le marteau.

Quel est maintenant le mécanisme qui a produit, dans ce cas, l'épilepsie.

Est-ce la compression des filets nerveux du labyrinthe produite par la pression du polype sur le tympan et la chaîne des osselets?

Est-ce un phénomène réflexe dont la nature intime nous échappe?

La première hypothèse serait soutenable si on se rappelle que les attaques étaient produites soit par la pression directe soit par la pression indirecte sur le polype soit par augmentation de l'afflux sanguin lorsque, en se penchant vers la terre, le malade congestionnait sa tête.

Il est cependant bon de noter que l'impossibilité de provoquer l'attaque par la pression sur les parties profondes de l'oreille, après l'ablation du polype, semble plaider pour la simple action réflexe.

Mais, quelle que soit la façon d'expliquer ce fait, ce qui me semble devoir être retenu, c'est la nécessité qu'il y aurait pour le médecin ordinaire de se familiariser un tant soit peu avec l'examen spécial des malades pour éviter de condamner souvent au bannissement social un être qui, bien conseillé sinon bien opéré, pourrait s'épargner et épargner aux siens les funestes conséquences physi-

ques, morales et sociales, qu'avec elle entraîne fatalement l'épilepsie.

SUR LE TRAITEMENT DES OBSTRUCTIONS DE LA TROMPE

Par M. le Dr Ferdinand SUAREZ de MENDOZA (d'Angers).

Le gonflement de la muqueuse de la trompe avec ou sans rétrécissement proprement dit est le plus souvent la cause des obstructions de ce conduit.

Les moyens employés pour combattre cet important état morbide, facteur des plus communs de la surdité (insufflations, cathétérisme, injections médicamenteuses, bougies et galvanocaustie chimique) ont été déjà étudiés par bon nombre d'auristes célèbres; aussi il n'est pas dans ma pensée d'abuser de vos précieux instants en vous répétant ce qui est déjà publié par d'autres, et partant connu de nous tous; je désire seulement vous communiquer les modifications qui, apportées par moi aux moyens précités, m'ont rendu service dans quelques cas rebelles d'obstruction du canal tubaire.

Dans l'engouement de la trompe qui accompagne souvent d'autres états pathologiques de la caisse, il arrive quelquefois que, malgré le passage de la bougie, le gonflement de la muqueuse est assez considérable pour reprendre aussitôt la bougie enlevée, la place occupée par celle-ci et empêcher l'air d'arriver dans la caisse.

Plusieurs fois dans ce cas, après avoir essayé en vain de faire passer par la trompe des vapeurs ou des solutions médicamenteuses, je me suis bien trouvé de la combinaison du procédé de Politzer et du cathétérisme. Voici comment je procède. Après avoir placé le cathéter et fixé dans sa partie conique l'ajutage qui le met en communication avec un des ballons de l'appareil de M. Miot, je donne au malade un verre d'eau et un chalumeau et lui conseille d'aspirer à l'aide de celui-ci, pen-

dant que le ballon de caoutchouc se remplit d'air, l'eau contenue dans le verre, et d'avaler au moment où, mon ballon rempli d'air, je contracte la main pour chasser celui-ci dans l'appareil.

Le malade fait vite son apprentissage et, sans qu'il soit nécessaire de l'avertir, il avale chaque fois en temps voulu, pourvu que la main qui tient la poire soit à la portée de son regard. En faisant ainsi, on arrive à faire pénétrer l'air dans la caisse chez des malades où par des procédés habituels on ne réussissait pas, et, chez ceux où l'air ne passe que par saccades avec le cathétérisme simple en faisant le cathétérisme combiné, il pénètre dans la caisse avec beaucoup plus d'intensité et de continuité, comme l'auscultation me l'a souvent prouvé.

Voici en outre l'observation d'un cas où j'ai pu constater l'avantage de la modification que je vous propose :

M[lle] P..., âgée de treize ans, débarrassée, il y a trois ans, par moi, d'une otite moyenne catarrhale, entretenue par la présence des végétations adénoïdes, s'est bien portée jusqu'à il y a deux mois, où, sans cause apparente, elle fut prise de douleurs auriculaires terribles. Lorsque je la vis, le 4 mars, le tympan était rouge ecchymotique et fortement bombé. La paracentèse fait sourdre quelques gouttes d'un liquide séro-muqueux rougeâtre.

Ni le cathétérisme, ni l'insufflation de Politzer qu'on ne peut pas trop forcer à cause de l'autre oreille qui est saine, ne suffisent à vider la caisse. L'arrivée de l'air n'est pas constaté par l'auscultation malgré le passage de la bougie. Alors, faisant boire la malade à l'aide du chalumeau, je pratique l'insufflation par le cathéter, et le courant s'établit bientôt entraînant avec lui une quantité considérable de secrétion muco-sanguinolente. L'enfant fut soulagée immédiatement et, vingt-sept jours après, suivant un traitement rationnel, tout était rentré dans l'ordre.

Quant au vrai rétrécissement de la trompe, lorsque le

cathétérisme avec simple passage des bougies ou la dilatation intermittente et progressive, comme l'a conseillé M. Menier, ne m'ont pas réussi, j'ai essayé, à l'instar de ce qui s'est fait dans les rétrécissements de l'urèthre et du canal nasal, de laisser la sonde à demeure, et je me suis très bien trouvé.

L'inconvénient pour mettre mon dessein en pratique était l'impossibilité pour les malades de rester toute la journée avec une sonde dans le nez, chose non seulement impossible pour la perte du temps qu'elle occasionne au malade, mais aussi parce que au bout d'un certain temps qui varie de une demi-heure à 1 heure et demie, lorsque l'effet mécanique a cessé, la bougie tombe entraînée par le poids de la sonde avant de produire le travail irritatif particulier qui, utilisé dans la juste mesure, donne l'effet résolutif connu.

J'ai alors imaginé de construire une sonde composée de telle façon, que faite en deux moitiés comme deux grandes gouttières on puisse, une fois qu'on l'a placée dans le nez, dégager par une pression du pouce l'une de l'autre les deux moitiés. Alors, enlevant la moitié supérieure d'abord et puis l'inférieure, la bougie restait en place.

La sonde ainsi construite quoique un peu grossière remplissait suffisamment l'indication ; ainsi, j'espérais revenir à Paris pour faire faire par nos habiles fabricants un modèle fini lorsque deux moyens plus simples me permirent d'arriver au même résultat.

Voici ces deux moyens dont je me sers habituellement et dont je n'ai qu'à me louer. Le premier consiste dans l'emploi d'une sonde en forme de gouttière dont voici un un exemple, que j'ai construite, en ouvrant, à l'aide de la machine White, un cathéter ordinaire. Cette sonde m'est utile quand je veux laisser la bougie en place dans des rétrécissements faibles où celle-ci ne semble pas trop serrée dans le canal tubaire. Voici le *modus faciendi*. La sonde, armée d'une bougie qui est couchée dans sa can-

nelure, est engagée dans la trompe. On pousse alors la bougie, et une fois que le rétrécissement est franchi, on insinue entre la sonde et la bougie une tige cylindrique dont le calibre est égal à la lumière de la sonde. Cette tige poussée doucement déplace en haut la bougie et, une fois qu'elle est arrivée au bout (ce qui est indiqué par un trait), la sonde est libre, et on la retire laissant en place la bougie. Il n'y a alors qu'à fixer celle-ci à l'aide d'un fil et d'un morceau de taffetas collé au voisinage du nez, et à couper la bougie au niveau des narines. A la prochaine séance, pour introduire la bougie ainsi coupée, on se sert d'un porte-bougie ou simplement on colle les deux bouts ensemble à l'aide d'un papier gommé. Lorsque le rétrécissement est assez prononcé pour retenir sensiblement la bougie olivaire, j'emploie un procédé plus simple. Le cathéter ordinaire mis en place, j'introduis une bougie longue de deux fois et quart le cathéter. Une fois le rétrécissement franchi, je maintiens d'une main immobile la bougie, et de l'autre je fais glisser la sonde sur elle comme sur la bougie de M. Verneuil glisse le porte-olive œsophagien. Une fois la sonde sortie, je finis comme il vient d'être dit, et pour recommencer le surlendemain, je colle bout à bout les deux morceaux de bougie.

J'ai pu par ce moyen laisser la bougie à demeure de deux heures à dix heures, chez des malades qui continuaient quand même à vaquer à leurs occupations, et habituellement il m'a suffi de quatre à dix séances pour triompher des rétrécissements qui avaient résisté au moyen ordinaire et dans lesquels il ne reste à employer que la galvano-caustique.

Je crois donc qu'en généralisant ce procédé, l'indication de la galvano-caustique deviendra encore plus rare et que le plus souvent nous n'aurons à demander à la pile que l'action résolutive ou insinuante, si on peut dire ainsi, qu'on obtient en se servant d'un courant très faible pour franchir un rétrécissement récalcitrant.

En terminant, je résume ainsi ce qu'une pratique de dix ans m'a appris sur les indications thérapeutiques dans l'obstruction des trompes :

1° Lorsque avec le cathétérisme simple, surtout dans les affections mono-auriculaires, il n'est pas possible de faire parvenir l'air dans les caisses, on doit employer le cathétérisme combiné avec le Politzer ;

2° Lorsque par ces deux méthodes la perméabilité n'est pas rétablie, si la solution de cocaïne ne réussit pas, l'introduction de la bougie est indiquée, et, si le rétrécissement est constaté, la dilatation intermittente s'impose ;

3° Lorsque la dilatation intermittente seule ou aidée des médications locales appropriées ne réussit pas, il faut avoir recours à la dilatation continue laissant les bougies de trois, cinq, huit ou dix heures ou plus, selon la tolérance des malades ;

4° Dans les rétrécissements infranchissables, il faudra, avant d'instituer le traitement sus-indiqué, s'aider de l'action d'un faible courant de 1/2 à 1 mille-ampère pour franchir la première fois l'obstacle ;

5° Pour les cas extrêmes, sûrement très rares, qui résisteront à ces moyens, on recevra la galvano-caustique chimique.

DISCUSSION

M. Miot combat les conclusions de M. Suarez ; son expérience personnelle lui permet de dire que chez les enfants l'on n'a jamais besoin de dilater la trompe. La guérison est ordinairement obtenue par l'emploi de la cocaïne et par l'électrisation ; il ne saisit donc pas quelle est l'indication des bougies dans le traitement du catarrhe de la trompe chez les enfants.

M. Noquet. — La pratique m'a prouvé qu'il est rarement utile de dilater la trompe d'Eustache avec des bougies. Le plus souvent des insufflations d'air, de vapeurs et de liquides

modificateurs, faites par la sonde, ou simplement chez les enfants par le procédé de Politzer, suffisent pour rendre la trompe perméable si l'on prend soin de s'attaquer, concurremment aux lésions nasales et pharyngées, qui, comme on le sait, sont très fréquentes dans les cas de ce genre.

M. Miot pense aussi, avec M. Noquet, que la dilatation de la trompe n'est pas souvent pratiquée chez l'adulte ; il ajoute qu'il ne saurait être partisan de l'emploi de la galvano-caustique qui peut provoquer des adhérences, et qui doit être appliquée très exceptionnellement.

M. Moure insiste sur la nécessité de diriger les moyens thérapeutiques sur le naso-pharynx ; il faut traiter le catarrhe naso-pharyngien, enlever les tumeurs adénoïdes ; en un mot combattre les diverses affections de l'arrière-cavité nasale qui déterminent l'obstruction de la trompe. Avec ce traitement local il suffit d'avoir recours au procédé de Politzer pour avoir raison des accidents qui se manifestent du côté de la trompe.

M. Suarez de Mendoza. — Je suis absolument de l'avis de M. Miot sur ce fait que les rétrécissements de la trompe chez les enfants sont très rares, sinon introuvables. Mais dans ma communication il n'est pas question de retrécissement de la trompe chez l'enfant, mais seulement de l'obstruction de ce conduit par gonflement de la muqueuse qui accompagne souvent d'autres états pathologiques de la caisse, et alors je ne conseille pas l'emploi des bougies à demeure mais bien le cathétérisme combiné avec le Politzer. Du reste ma méthode n'a son indication que dans les cas rebelles où le simple passage des bougies ne suffit pas.

Je partage l'opinion de MM. Noquet et Moure lorsqu'ils soutiennent qu'il faut toujours se préoccuper dans les affections de l'oreille du traitement des maladies concomitantes du naso-pharynx, et j'ai fait remarquer que l'otite catarrhale de Mlle G. avait été guérie la première fois par l'ablation des végétations adénoïdes ; mais à la deuxième poussée inflammatoire, survenue trois ans après, ce n'est que par le cathétérisme

combiné que j'ai pu vider la caisse et soulager la malade séance tenante. Il est probable qu'avec la simple insufflation je serais arrivé au même résultat, mais plus lentement, ce qui est à considérer.

LES SYMPTOMES DES MALADIES DU SINUS SPHÉNOIDAL

Par M. le Dr Emile **BERGER** (de Graetz).

En lisant les travaux rhinologiques des auteurs, on ne trouve que très peu de choses sur les maladies du sinus sphénoïdal, alors que les symptômes des maladies des sinus frontal et maxillaire sont bien décrits. En effet, il y a des auteurs, par exemple M. Albert, à Vienne, qui croient qu'il ne sera jamais possible de faire le diagnostic d'une maladie du sinus sphénoïdal.

J'ai trouvé dans quelques auteurs la description des cas avec les symptômes des maladies de la base du crâne et des troubles oculaires, où se trouvaient par la nécroscopie des altérations dans le sinus sphénoïdal. Cela m'engagea à recueillir tous les cas des maladies de la cavité sphénoïdale prouvées par la nécroscopie pour décrire les symptômes de ces maladies.

En effet, il était possible, après mes recherches, de faire, à Gratz, le diagnostic d'une tumeur du sinus sphénoïdal où l'examen nécroscopique a donné raison au diagnostic fait deux jours avant. M. *Priesthley Smith*, à Birmingham, a fait disparaître dans un cas de tumeur du sinus sphénoïdal tous les symptômes et aussi les troubles oculaires en extirpant la tumeur qui s'était développée dans la cavité naso-pharyngienne. M. *Schaeffer*, à Dantzig, a ouvert dans un cas le sinus sphénoïdal pour faciliter l'écoulement du pus qui s'y était amassé, et le malade fut guéri.

Je crois que les maladies du sinus sphénoïdal sont plus fréquentes qu'on pense, mais qu'on fait très rare-

ment des recherches *in vivo* et presque jamais l'examen anatomo-pathologique.

Je résume comme il suit les symptômes que j'ai trouvés en collaboration (1) avec mon élève M. le Dr *Fyrman*, médecin-colonel de l'armée autrichienne.

Tant qu'un processus maladif est limité en dedans du sinus sphénoïdal les symptômes subjectifs peuvent manquer, ou bien on trouve des céphalalgies graves. Mais, si le processus se propage aux parties voisines, il en résulte des symptômes qui peuvent faire reconnaître, avec une certaine assurance, le corps de l'os sphénoïdal comme le siège de la maladie.

La carie et la nécrose du corps de l'os sphénoïdal présentent les symptômes suivants :

1° Cécité subite unilatérale avec phlegmon orbitaire. La cause de la cécité était la périnévrite du nerf optique dans le canal optique ;

2° Quelques parties de l'os se détachent lentement sans qu'il arrive jamais de troubles oculaires; enfin arrive la méningite ;

3° Perte subite d'une grande partie de l'os par le nez.

4° Hémorragie mortelle après la perforation de la paroi située entre le sinus sphénoïdal et le sinus caverneux;

5° Abcès rétro-pharyngien ;

6° Thrombose du sinus caverneux et de la veine *ophthalmique* à cause de la thrombose du sinus veineux circulaire de la selle turcique ;

7° Perforation de la paroi inférieure du sinus sphénoïdal sans aucun autre symptôme.

Dans les tumeurs du sinus sphénoïdal on peut distinguer quatre périodes :

1° La tumeur est limitée en dedans des parois du sinus. Il n'existe aucun symptôme ou de la céphalalgie ;

2° La tumeur élargit par sa croissance les parois du

(1) *Berger* und *Fyrman*, Die Krankheiten des Keilbeinhöhle und des siet, beinlabyrinthes. Wiesbaden, Bergmann, 1886.

sinus sphénoïdal, cause leur atrophie et la compression des organes voisins. La compression peut envahir un ou les deux nerfs optiques et entraîner l'amaurose;

3° Dans la troisième période, la tumeur se propage en dehors des parois du sinus sphénoïdal. Elle se propage dans la cavité naso-pharyngienne, dans les cellules ethmoïdales, dans l'orbite et ensuite dans la cavité crânienne. La perforation de la base du crâne peut se manifester sans aucun symptôme ou par une céphalalgie très grave;

4° Dans la quatrième période on observe des métastases dans divers organes.

On observe souvent dans la marche de la maladie des accès épileptiformes. Si la tumeur croît rapidement, le malade est bientôt, après la perforation de la base du crâne, atteint de méningite ou d'abcès cérébral.

Les blessures du corps de l'os sphénoïdal peuvent produire les symptômes suivants :

1° Dans les fissures de la paroi supérieure du sinus sphénoïdal, on observe l'écoulement continu du liquide cérébro-spinal;

2° La rupture d'un morceau du corps de l'os sphénoïdal peut entraîner une blessure de la carotide interne en dedans du sinus caverneux et causer l'exophthalmie pulsative;

3° La continuation de la fissure dans le canal du nerf optique cause la compression ou la déchirure du nerf optique dans ce canal et, par suite, l'amaurose;

4° Si la fissure se continue par le trou ovale ou rond, elle produit l'anesthésie de la deuxième et de la troisième branche du trijumeau. Simultanément une déchirure ou une blessure d'autres nerfs cérébraux peut se présenter.

Quant à la façon dont se produisent, les troubles oculaires, il faut remarquer que le rétrécissement du champ visuel est caractéristique. Il est, au début, temporal, et se propage ensuite en forme concentrique.

Le centre du champ visuel se trouve conservé le plus longtemps.

J'explique ce fait de la manière suivante: les fibres du nerf optique voisines du sinus sphénoïdal correspondent à la partie interne de la rétine qui sert pour la partie temporale du champ visuel. Comme les fibres qui se terminent dans la macula sont, selon les expériences de M. *Samelsohn*, situées dans le canal optique dans l'axe du nerf, ces fibres sont la plupart atteintes par la tumeur qui se propage de la périphérie vers l'axe.

Dans l'examen ophthalmoscopique, on observe la névrite optique et enfin l'atrophie du nerf optique.

Les cas où les troubles oculaires se présentaient seulement d'un côté, ou manquaient entièrement, m'ont fait soupçonner qu'il existe des différences dans l'épaisseur de la paroi qui sépare le sinus sphénoïdal et le canal optique. J'ai ensuite trouvé ces différences et j'ai l'honneur de vous les présenter dans des préparations anatomiques.

La tumeur peut remplir le canal du nerf optique, séparer les parties intraorbitaire et intracranienne du nerf optique et se propager ensuite dans l'orbite. J'ai l'honneur de vous présenter le dessin de la préparation d'un cas du Muséum de Vienne, dessin qui prouve quelle grave déformation peut se produire dans les cas où une tumeur occupe toutes les cavités voisines du nez.

Je mentionne encore la présence très fréquente des déhiscences de la paroi située entre le canal optique et le sinus sphénoïdal. Dans ces cas la gaîne du nerf optique recouvre la membrane muqueuse. Une inflammation de cette dernière membrane peut se propager très facilement vers la gaîne du nerf optique.

On connaît par exemple des faits où une périnévrite ou névrite optique rétrobulbaire aiguë s'était développée après un refroidissement.

Il est difficile d'expliquer comment le nerf optique, situé dans la profondeur de l'orbite, était affecté par le

refroidissement pendant que l'œil même restait intact. Peut-être l'étiologie de ces cas est-elle éclaircie par le danger qui existe pour le nerf optique dans le canal optique, résultant du voisinage du sinus sphénoïdal.

Prenant la liberté de vous expliquer en quelques mots le but de mon ouvrage sur les maladies du sinus sphénoïdal, je vous prie de porter votre attention sur ce sujet très intéressant. Dans tous les cas où il existe un soupçon que le sinus sphénoïdal est affecté par une maladie, principalement dans les tumeurs rétropharyngiennes, il est nécessaire de faire l'examen ophthalmoscopique et l'examen du champ visuel.

Séance du 28 avril.

DES CÉPHALÉES DE CROISSANCE

Par le Dr JOAL.

En 1883, le Dr René Blache a étudié dans un intéressant mémoire qui a pour titre *des Céphalalgies de croissance* un état pathologique dont il est tenté de faire une entité morbide, et qui se manifeste au moment de la puberté.

Cette affection propre à l'adolescence a pour caractères principaux un mal de tête persistant, le plus souvent limité à la région frontale, une inaptitude au travail, un certain degré de paresse cérébrale et une irritabilité nerveuse se traduisant par de la tristesse ou de la colère; les malades sont en outre sujets à des vertiges, des cauchemars, des illusions sensorielles, des lipothymies, de l'agitation pendant le sommeil.

Ces phénomènes pathologiques ont d'abord été mis sur le compte de la pléthore ou de l'anémie. Blache cherche une autre interprétation des faits, et il pense que la douleur de tête, qui est le symptôme prédominant de l'affection, peut trouver son origine dans la

disproportion entre l'action cérébrale et l'effort de l'intelligence. « Ce n'est, dit-il, que par la réunion de différents éléments, troubles nerveux, troubles circulatoires, efforts intellectuels, insuffisance d'aération pendant cette période de l'adolescence où le développement physique se complique de la période de puberté, qu'on peut entrevoir les causes de cette maladie que j'ai cru pouvoir désigner sous le nom de *céphalalgies de croissance.* »

Un élève de Charcot, le Dr Keller, publie, quelques mois après Blache, un travail sur le même sujet : il rapporte plusieurs cas de *céphalées de l'adolescence* et attribue ces symptômes à une névrose douloureuse du cerveau.

Ces différentes théories pathogéniques furent aussitôt combattues par les médecins oculistes, qui réclamèrent comme étant de leur ressort certaines céphalalgies des adolescents ayant une origine oculaire. « La plupart de ces troubles nerveux, dit le Dr Maurice Perrin, sont dus à cette époque de la vie à des anomalies de la réfraction de l'œil; les douleurs de tête sont si fréquemment occasionnées par l'asthénopie qu'il est indispensable, dans tous les cas, de s'assurer d'abord si cette cause n'intervient pas avant de mettre en avant l'état de santé générale comme on le fait trop souvent. »

Mais, de même que les affections de l'œil, les maladies de la muqueuse nasale déterminent fréquemment par action réflexe des douleurs de tête; il était donc naturel de penser que certaines céphalalgies de croissance pouvaient bien n'être que de simples névralgies d'origine nasale. Aussi, dès 1883, Hack dans son ouvrage si remarquable écrit les lignes suivantes : « Charcot a récemment attiré l'attention sur la fréquence des maux de tête au moment de la puberté et a insisté en outre sur ce point que le mal essentiellement rebelle a son siège au front, ce que mes propres observations ont confirmé. Je ne puis me soustraire à l'idée que dans les cas signalés par Charcot, il ne se soit pas trouvé quelques malades

» atteints d'affections du nez, mais dont les symptômes
» locaux étaient si peu prononcés que l'on ne songea pas
» à procéder à l'examen de la cavité nasale. Mon expé-
» rience me fait admettre d'une façon indubitable qu'après
» une constatation formelle de l'état des narines une
» intervention opératoire aurait produit des résultats plus
» prompts que l'hydrothérapie préconisée par Charcot.
» Je considère ce point comme tellement important que
» je désire vivement le voir devenir l'objet d'une étude
» approfondie. »

Ruault émet la même opinion, et il ajoute qu'il a observé une jeune fille atteinte de céphalée de croissance, sans hypertrophie cardiaque, et chez qui, à plusieurs reprises, lorsqu'elle souffrait de la tête, il a pu constater un gonflement très marqué de la muqueuse du nez, alors que cette muqueuse reprenait l'apparence normale, lorsqu'il n'y avait pas de céphalalgie.

Nous soutenons les mêmes idées; notre conviction repose sur l'observation des deux faits qui suivent :

Obs. I. — En septembre 1887, un jeune homme de quinze ans nous est conduit par son père, de tempérament arthritique et atteint de dyspnée asthmatique; la mère est rhumatisante. Ce garçon a toutes les apparences d'une bonne santé; il a beaucoup grandi dans les derniers temps, sa voix est encore dans la période de la mue.

Depuis plus d'un an, il se plaint d'une douleur de tête d'ordinaire vague et diffuse, mais se manifestant parfois avec une certaine acuité par élancements douloureux qui siègent surtout à la région frontale. La céphalalgie est presque continuelle, elle empêche le malade de travailler; aussi les études ont dû être interrompues; différents traitements ont été essayés, les toniques, les anti-spasmodiques ont été administrés, l'hydrothérapie n'a donné aucun résultat appréciable.

Le jeune homme est devenu très irritable, il pleure aussi facilement qu'une fillette; la nuit il a des cauchemars, son sommeil est souvent agité; il a quelques boutons d'acné sur

le visage; il est sujet aux vertiges; enfin il sent parfois des palpitations cardiaques. Ces derniers symptômes nous font penser à une névrose d'origine nasale.

Nous interrogeons en conséquence le malade qui nous dit avoir fréquemment de la sécheresse dans le nez; il a de la gêne dans la respiration nasale; il doit repousser violemment l'air expiré; enfin il est sujet aux éternuements violents et répétés.

A l'examen rhinoscopique, nous trouvons la pituitaire légèrement colorée mais très tuméfiée à la partie antérieure du cornet inférieur droit; à gauche, le gonflement est moindre. Nous touchons le cornet inférieur droit avec une sonde, et aussitôt le malade éternue violemment, ses yeux pleurent, et il ressent un élancement dans la région frontale. Nous recommandons au malade, afin de compléter notre diagnostic, de venir nous voir lorsque la douleur de tête sera violente; à ce moment nous constatons une tuméfaction plus prononcée de la pituitaire, qui recouvre le cornet inférieur droit; nous appliquons des tampons de glycérine cocaïnée au dixième, et la céphalalgie diminue rapidement.

Rien au pharynx ni dans l'arrière-cavité nasale. Le malade ne se plaint pas de l'estomac. Rien au cœur. Du côté de l'œil, pas de trouble de l'accommodation. L'influence de l'onanisme paraît devoir être négligée. Nous proposons l'emploi du galvano-cautère qui est repoussé.

Nous voyons le malade en octobre et en novembre, les applications de cocaïne le soulagent au moment des crises violentes.

Au commencement de décembre, les douleurs de tête deviennent très intenses; la peau du nez est rouge; celle du front est le siège d'une éruption acnéique : la rougeur et la tuméfaction de la pituitaire sont plus marquées surtout du côté droit. Nous ne savons comment expliquer la recrudescence des accidents lorsque nous apprenons que depuis deux jours le jeune homme ressent à la verge de vives démangeaisons qui donnent lieu à de fréquentes érections; nous constatons un herpès préputial, et, chose importante, nous faisons

dire au malade que huit mois auparavant la céphalalgie avait été plus violente pendant quelques jours, alors que des démangeaisons semblables accompagnées d'érections se faisaient sentir à la verge.

Les douleurs de tête deviennent moins fortes aussitôt que s'amendent les symptômes génitaux.

En janvier nous traitons le malade par le galvano-cautère; les céphalalgies ont augmenté momentanément, mais depuis le jeune homme est débarrassé de ses douleurs de tête.

Obs. II.—Mlle X... est une fillette de quatorze ans que nous avons soignée, il y a six ans, au Mont-Dore, pour une adénopathie bronchique consécutive à la rougeole. Son père est un solide Auvergnat qui n'a jamais été malade; sa mère est arthritique et asthmatique; elle a un frère aîné qui a eu de légers accès dyspnéiques.

Nous voyons cette jeune fille au mois de février et apprenons que depuis plus d'un an elle est prise tous les quatre ou cinq jours de vertiges ordinairement peu prononcés mais qui cependant deux fois ont été suivis de chute; il y a, en plus, des troubles de la vue, mouches volantes, et des douleurs de tête siégeant à la région frontale et le plus souvent assez vives pour nécessiter le séjour au lit pendant des journées entières; au moment des fortes crises, il y a des nausées et des vomissements.

Cette malade autrefois studieuse ne peut plus se livrer à l'étude, ses parents ont dû la retirer de pension et lui donner une institutrice particulière.

Le médecin, traitant, a mis tous ces phénomènes sur le compte d'une affection de l'estomac, et la jeune fille est légèrement débilitée par le régime sévère qu'elle a dû suivre; elle a été longtemps soumise à l'usage du lait et des alcalins. Le père nous dit spontanément que les douleurs de tête diminuent par l'emploi de la glace sur le front et à la racine du nez. Il y a en outre de véritables crises d'éternuements qui paraissent toutefois peu fréquemment. De temps à autre enchifrènement peu marqué.

Lorsque nous voyons la malade, elle souffre légèrement de

la tête ; l'examen rhinoscopique nous montre une pituitaire de coloration presque normale mais fortement tuméfiée, au point que la muqueuse du cornet inférieur droit touche presque la cloison ; à gauche, la membrane est moins gonflée; nous appliquons un tampon de glycérine cocaïnée sur le cornet droit; la douleur de tête qui avait augmenté pendant notre examen cesse rapidement, en même temps que diminue notablement la turgescence de la pituitaire. Le moyen employé par la suite calme la malade.

La jeune fille est réglée depuis sept mois, le sang est peu abondant ; les époques sont précédées d'une grande sensibilité à la région abdominale et de douleurs assez fortes dans les reins. En outre, au moment des règles, les céphalalgies sont plus violentes et ont une durée plus grande. Nous examinons la malade pendant une période menstruelle et constatons une tuméfaction telle de la pituitaire droite que, suivant la méthode de William Glascow, nous faisons une saignée locale, avec une forte aiguille; quelques gouttes de sang coulent du nez et la céphalalgie cesse bientôt et ne reparaît pas depuis plusieurs jours.

Nous avons conseillé un traitement par le galvano-cautère ; jusqu'à ce jour notre conseil n'a pas été suivi.

Ajoutons que l'estomac et le cœur nous ont paru en bon état. Nous n'avons pu pratiquer la rhinoscopie postérieure, mais le naso-pharynx nous a semblé indemne. Pas d'asthénopie, pas d'habitudes vicieuses.

Notre but, en rapportant ces deux observations n'est pas seulement de montrer qne certaines céphalalgies de l'adolescence ont une origine nasale, ce qui ressort nettement, dans les deux faits précédents, des résultats obtenus par le traitement dirigé du côté de la pituitaire; nous voulons surtout mettre en relief l'influence de l'irritation de l'appareil génital sur le développement de ces céphalalgies. Nous avons vu en effet dans le premier cas les douleurs de tête devenir plus intenses à deux reprises différentes, alors que paraissait un herpès préputial

déterminant de fréquentes érections ; dans la deuxième observation, la céphalalgie était plus forte et de durée plus grande au moment de la période menstruelle. Faut-il voir dans le rapprochement de ces manifestations nasales et génitales une rencontre fortuite, une pure coïncidence ? Nous ne le pensons pas. Nous croyons plus rationnel d'expliquer la concomitance des phénomènes observés par les relations physiologiques qui existent entre le nez et l'appareil reproducteur. Nous estimons que nos deux faits viennent témoigner en faveur de la doctrine soutenue en 1884 par John Mackenzie dans son remarquable travail sur « l'excitation de l'appareil sexuel considérée comme facteur dans la production des maladies du nez », doctrine qui a été depuis défendue par Isch Wall, Arviset et par nous-même.

Dans un récent mémoire sur l'Epistaxis, nous avons signalé l'influence de l'odorat chez l'homme et les animaux sur les fonctions génératrices, nous avons montré que l'acte génital ou la congestion menstruelle déterminent la turgescence du tissu érectile des cornets, nous avons noté le retentissement des affections des organes génitaux sur les maladies du nez ; enfin, en nous appuyant sur six observations concluantes, nous avons cherché à établir que les épistaxis essentielles de la puberté était dans certains cas occasionnées par la masturbation.

Bien que dans les deux faits rapportés l'onanisme ne puisse être mis en cause, ne peut-on pas se demander si, comme les épistaxis de l'adolescence, les céphalalgies ne sont pas parfois la conséquence d'habitudes vicieuses ? Nous inclinons à le croire et nous nous proposons de faire des recherches sur ce point. Bien plus, nous pensons qu'à défaut de la masturbation ou d'une maladie de l'appareil génital les céphalées nasales des jeunes gens peuvent résulter de l'irritation physiologique des organes sexuels qui caractérise la puberté. C'est à cet âge que commence pour les individus la vie génitale, que se

développent les organes de la génération, que s'éveillent les fonctions procréatrices, d'où une excitation physiologique de l'appareil reproducteur, excitation suffisante pour provoquer par action réflexe la turgescence des corps caverneux du nez et, consécutivement, la céphalalgie. Tel est le mécanisme suivant lequel doivent se produire les céphalées nasales de l'adolescence, et nous espérons que la justesse de nos vues apparaîtra à ceux de nos confrères qui dirigeront de ce côté leurs investigations.

DISCUSSION

M. Moure demande quel est le siége de la céphalalgie.

M. Joal répond qu'il s'agit d'une céphalalgie préfontale qu'on peut faire naître ou augmenter en comprimant le nerf sus-orbitaire. La céphalalgie postérieure lui paraît dépendre plutôt d'une affection pharyngée ou naso-pharyngienne.

M. Moure dit qu'il a observé des coryzas aigus, avec rétention des sécrétions et inflammation du sinus frontal, s'accompagner d'une céphalalgie sus-orbitaire violente.

M. Joal fait remarquer que dans le cas qu'il vient de rapporter la muqueuse du nez était non pas enflammée, mais tuméfiée.

M. Noquet. — Il existe certainement des cas où les douleurs frontales sont dues à des lésions nasales et notamment à l'hypertrophie des cornets inférieurs. Mais il en est d'autres aussi où les causes sont plus complexes. Assez souvent l'état général et des lésions auriculaires entrent en ligne de compte. J'ai vu chez certains enfants ou jeunes gens débiles atteints d'otite moyenne chronique simple et d'hypertrophie de la muqueuse des cornets inférieurs les douleurs frontales ne cesser qu'à la suite d'un traitement tonique prolongé et après la guérison de l'affection des oreilles. La disparition de la sténose nasale n'avait pas suffi.

M. Boucheron. — Les causes locales des céphalalgies et des migraines sont toujours fort intéressantes à étudier, parce qu'elles fournissent l'indication d'un traitement local, il n'en faut pas moins rechercher les causes qui sont aussi des sources d'indications thérapeutiques générales. Ainsi, par exemple, les lésions de la muqueuse nasale peuvent bien produire de la céphalée, mais, ce qui produit fort souvent la lésion de la muqueuse nasale ou du moins ce qui l'entretient, c'est l'état rhumatismal ou goutteux. Le traitement de la lésion locale et de la cause générale tendent donc à se confondre ou à se compléter. — De même aussi pour l'œil, un rhumatisme du cercle ciliaire détermine un état névralgique du plexus nerveux ciliaire, et des indications migraineuses ou céphalalgiques dans le front et les tempes. Le traitement local, par la cocaïne par exemple, supprime l'irritation locale et les irradiations céphalalgiques, mais le traitement général de la cause rhumatismale éloigne les rechutes et maintient la guérison.

M. Schiffers (de Liège) pense qu'au point de vue du diagnostic des céphalalgies symptomatiques d'affections nasales il faut bien considérer leur siège, qui a une grande importance. Le plus souvent elles sont accusées au niveau de la région frontale et surtout dans la partie médiane. S'il y a complication d'une maladie de la caisse et qu'il s'agisse d'une tuméfaction de la muqueuse qui s'est étendue jusqu'à la trompe, il y aura consécutivement une dépression du tympan; dans ce cas la céphalalgie sera temporale et sera décrite par les malades sous forme de véritable tension.

Il est évident que l'état général du malade peut jouer un rôle important dans la genèse de ces douleurs ; sans savoir s'il intervient dans l'étiologie, on prendra comme critérium le résultat du traitement local qui, en faisant disparaître les lésions constatées dans l'organe, devra en même temps triompher de la céphalalgie qui sera uniquement sous leur dépendance.

M. Héryng.—Parmi les causes des céphalalgies persistantes

produites par les affections nasales il faut considérer les affections catarrhales ou purulentes du sinus sphénoïdal. Les symptômes de cette maladie ne sont pas toujours faciles à reconnaître. Parfois on trouve, en outre d'un abondant écoulement matinal, des maux de tête, du larmoiement, et, pendant l'inclinaison de la tête une sécrétion de quelques gouttes, plutôt séreuse que purulente. L'examen du nez ne donne pas de résultats précis, si on n'a pas recours à l'exploration des parties profondes avec le stylet après une cocaïsation préalable complète. C'est alors qu'on peut réussir à toucher la paroi antérieure et savoir s'il y a dénudation du périoste ou dilatation de la cavité. Dans un cas j'ai pu faire sortir le pus et pratiquer le grattage avec la curette de Schaeffer. La réaction fut assez considérable, la fièvre dura cinq jours avec frissons et grande faiblesse. Le malade, après une semaine, quitta le lit, et l'examen ultérieur démontra un petit polype situé très haut entre la cloison et le bord du cornet moyen. Après l'ablation du polype, les injections prolongées avec une solution de salicylate de soude guérirent complètement le sujet.

Quant à la méthode de Hack, consistant à détruire les cornets du nez dans les cas de migraines ou de céphalalgies dites réflexes, mes propres recherches n'ont demontré que bien rarement ce traitement donnait de bons résultats. Par contre j'ai observé des cas où, au lieu de soulagement, j'ai vu se produire des symptômes très désagréables, comme suppuration prolongée, obstruction complète du nez, pharyngite et catarrhe rétro-nasal purulent. Je crois utile de prévenir les malades, auxquels on se croit obligé d'employer la méthode de Hack, que le succès de cette petite opération n'est pas certain et que le traitement peut se prolonger un certain temps.

ABCÈS CHRONIQUE DÉVELOPPÉ DANS UN MOIGNON D'AMYGDALE

Par le Dr NOQUET, de Lille.

Si j'en juge par mes recherches bibliographiques et par ma pratique personnelle, les abcès chroniques de l'amygdale sont rares. Les traités de chirurgie générale ou spéciale ne décrivent que l'abcès aigu, l'amygdalite phlegmoneuse, affection fréquente, pour laquelle, on est assez souvent forcé d'intervenir activement avec le bis touri. En ce qui me concerne, j'ai, un bon nombre de fois déjà, ouvert des collections purulentes de ce genre. Certains malades présentent même des phlegmons tonsillaires à répétition, qui reviennent, plus ou moins souvent, et dont on les débarrasse en réduisant l'amygdale par la méthode ignée. Dans ces cas, il existe, entre chaque poussée, une période d'accalmie quelquefois assez courte, il est vrai; mais enfin la suppuration n'est pas permanente. Au contraire, dans celui dont je demande la permission de vous entretenir aujourd'hui, un moignon d'amygdale se trouvait creusé d'une cavité abcédée, qui communiquait avec l'extérieur par une petite fistule laissant, depuis six mois, sortir du pus tous les jours. Ce cas, le seul que j'aie rencontré jusqu'ici, m'a paru assez intéressant pour être relaté brièvement.

Observation. — Mme X..., âgée de vingtans, vient me consulter, le 5 octobre 1887. Cette dame, d'une bonne constitution, n'a jamais eu de maladies graves. Elle se plaint de ressentir, depuis six mois, pendant la déglutition, une douleur très vive, au niveau de l'amygdale gauche. En outre, plusieurs fois, dans la journée, elle crache une certaine quantité de pus qui, selon elle, sort certainement de l'amygdale.

Dès l'enfance, cette dame a présenté une hypertrophie très prononcée des tonsilles. Vers l'âge de six ans, on lui fit, avec l'amygdalotome, l'ablation de la droite, qui était la plus volu-

mineuse. La gauche, restée en place, fut, surtout dans ces dernières années, le siége de poussées phlegmoneuses, qui devinrent tellement fréquentes et tellement gênantes que le médecin de la famille pratiqua, il y six mois, l'amygdalotomie. Mais cette opération n'améliora, en aucune façon, les symptômes. Au contraire, de périodiques, les douleurs devinrent permanentes, et le pus se mit à sortir tous les jours.

A l'examen, je constate que l'amygdale gauche a été sectionnée, nettement, au niveau du bord libre des piliers. Le moignon, qui présente une surface plane, est très rouge et notablement hypertrophié. Sa largeur, dans le sens antéro-postérieur, peut être estimée à deux centimètres, et sa hauteur à trois. Les allégations de la malade pouvant faire supposer qu'il renferme du pus, j'exerce, sur la surface plane, en glissant de bas en haut, une pression assez forte avec un stylet, et vois ainsi sourdre, par un petit pertuis situé à la partie supérieure du pilier antérieur, et à trois millimètres environ de son bord libre, une goutte d'un liquide jaunâtre, paraissant franchement purulent.

Ce pertuis était tellement peu apparent qu'il aurait échappé à mon examen, sans l'issue du pus provoquée comme je viens de le dire. Je parvins, néanmoins, à introduire un stylet mince et flexible, par cette ouverture, et pus constater que je tombais ainsi dans une poche présentant à peu près un centimètre et demi, dans le sens antéro-postérieur, et deux dans le sens vertical. La fistule correspondait à la partie supérieure de cette poche. En explorant dans tous les sens, je ne rencontrai, du reste, aucun corps dur, ce qui pouvait faire rejeter l'existence d'un calcul enchatonné. Ces différentes manœuvres ayant déjà provoqué des douleurs très marquées et me trouvant suffisamment éclairé, je ne crus pas utile de rechercher la fluctuation par le procédé de Stœrk (1). Je proposai, de suite, une intervention active, qui fut acceptée.

(1) *Klinik der Krankheiten des Kehlkopfs*, *Enke*., *Stuttgart*, 1876, p. 109, cité par Morell-Mackenzie. (*Traité pratique des maladies du larynx, du pharynx et de la trachée*, traduit par Moure et Berthier, p. 79.)

Après avoir badigeonné, à trois reprises, la surface du moignon et le pilier antérieur, avec une solution de chlorhydrate de cocaïne (2/10), je pénétrai, dans la cavité abcédée, par la petite ouverture, avec un galvano-cautère pointu et fin que j'enfonçai à peu près d'un centimètre. Puis, faisant passer le courant, je pratiquai, en descendant avec lenteur, parallèlement au bord libre du pilier, une incision haute d'environ un centimètre et demi. Il s'écoula immédiatement par cette ouverture un flot de pus, qui représentait au moins le contenu d'un dé à coudre. La dame avait courageusement supporté cette petite manœuvre, assez douloureuse malgré la cocaïne, qui, on le comprend, ne pouvait ici se montrer très efficace. Séance tenante, je fis plusieurs cautérisations assez profondes sur le moignon, dans le but de le réduire. Comme soins consécutifs, je conseillai des pulvérisations avec une solution saturée d'acide borique, et, pour rendre la déglutition moins douloureuse, un badigeonnage avant chaque repas, avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au dixième.

Je revis la malade cinq jours après. La situation s'était déjà sensiblement améliorée; la déglutition était beaucoup moins pénible et la suppuration semblait arrêtée. Une nouvelle exploration avec le stylet permit de constater, d'une part, que la cavité de l'abcès avait diminué, et que, d'autre part, il n'existait décidément pas de calcul. Quelques cautérisations galvano-caustiques furent encore faites sur le moignon. Vingt jours plus tard, l'ouverture de l'abcès s'était complètement fermée, le moignon était moins volumineux, et il n'existait plus aucune douleur. La malade put se croire guérie définitivement. Il n'en était rien cependant. Vers le milieu de décembre, c'est-à-dire après un mois et demi environ d'accalmie, les douleurs reparurent, et du pus sortit à nouveau dans la bouche, en moins grande quantité toutefois.

Le 20 décembre, l'examen me montre que la surface plane du moignon présente, à peu près, un centimètre de largeur et un et demi de hauteur. Une petite fistule existe encore, sur le pilier antérieur, mais elle me paraît située un peu plus bas

que la première. Malgré des pressions assez fortes, je ne parviens pas à faire sourdre du pus par cette ouverture. Le stylet indique, d'ailleurs, que la cavité amygdalienne est fort petite. Elle semble réduite à un simple trajet dirigé d'avant en arrière et long d'environ un centimètre.

Après plusieurs badigeonnages avec la solution de chlorhydraté de cocaïne (2/10), j'introduis le galvano-cautère dans ce trajet, et fends complètement sa paroi interne, en y comprenant la portion correspondante du pilier antérieur. Par cette brèche je m'assure avec le stylet qu'il n'existe pas d'autres diverticulum. Comme la première fois, le traitement consécutif consista en pulvérisations boriquées et en badigeonnages pratiqués, avant les repas, avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au dixième. Quinze jours après, la guérison était complète. Elle se maintient depuis quatre mois, et il y a lieu d'espérer qu'elle est définitive. Le moignon d'amygdale s'est d'ailleurs considérablement ratatiné.

Il aurait, évidemment, été très utile d'examiner le pus au microscope, pour se renseigner sur les microbes qu'il contenait et s'éclairer, ainsi, sur la nature de l'abcès. Peut-être aurait-on trouvé quelques bacilles tuberculeux. Malheureusement, préoccupé surtout par l'acte opératoire, j'oubliai de recueillir du pus. Je dois dire, toutefois, que Mme X... ne présente aucun signe de tuberculose pulmonaire et que sa santé est excellente.

Réflexions. — Je me suis permis, en commençant, d'attirer votre attention sur la rareté du fait. J'ajouterai que le diagnostic aurait pu rester en défaut, si, se bornant à un examen sommaire, on s'était contenté de voir que l'amygdale avait été sectionnée au ras des piliers. N'est-il pas, en outre, assez curieux de constater, dans le cas spécial, l'impuissance de l'amygdalotomie, cette opération qui, malgré les graves dangers d'hémorragie auxquels elle expose, malgré les travaux assez nombreux publiés sur les avantages de la méthode ignée, est encore, trop souvent, considérée comme le meilleur traitement

de l'hypertrophie? Je terminerai, en faisant remarquer que le galvano-cautère a été, ici, d'une très grande utilité et qu'il aurait été difficile d'obtenir, sans lui, un résultat aussi satisfaisant. Non seulement il a permis d'ouvrir, commodément, la cavité abcédée, mais il a dû aussi contribuer à détruire les germes pathogènes qu'elle renfermait. C'est sans doute parce que la première cautérisation avait été insuffisante à ce point de vue que la récidive s'est faite.

DISCUSSION

M. Moure vient de voir un cas analogue à celui de M. Noquet qu'il a, lui aussi, guéri par le galvano-cautère; l'abcès datait de plusieurs années. — Il pense en outre que, si *chez les adultes* on peut, et on doit, détruire les amygdales par le thermo ou le galvano-cautère, procédé qu'il emploie du reste; *chez l'enfant* au contraire il est préférable de faire l'amygdalotomie soit à l'amygdalotome, soit au bistouri; ce n'est que dans des cas exceptionnels (amygdales enchatonnées, adhérence des piliers, etc.) qu'il faudra avoir recours à l'ignipuncture chez les enfants, car chez eux l'hémorragie est bien moins à craindre que chez les adultes.

M. Schiffers. — Il est utile de savoir si dans le cas relaté par le Dr Noquet il y avait eu au début de vives douleurs. Nous pensons en effet qu'elles ont existé et qu'elles étaient dues à ce fait que le moignon de l'amygdale était bridé, c'est-à-dire adhérent à l'un ou à l'autre pilier, ou aux deux en même temps. Dans ces circonstances, ce qui reste de l'organe est beaucoup plus exposé au contact des aliments et par conséquent à toutes les causes d'irritation qui peuvent se produire dans l'acte de la déglutition. Il faut donc toujours examiner avec grand soin, après l'amygdalotomie, si le moignon est bien libre d'adhérences, et s'il n'est pas trop entraîné dans les mouvements du voile du palais. Nous connaissons tous des sujets porteurs d'amygdales volumineuses qui ne s'enflamment jamais; cela est dû précisément à ce que l'organe échappe

dans ces conditions aux causes qui peuvent produire de l'irritation.

M. Noquet. — Dans le fait que j'ai communiqué, il y avait adhérence de l'amygdale avec le pilier, la douleur pouvait donc résulter de l'étranglement consécutif.

J'ai pratiqué bon nombre d'amygdalotomies chez les enfants sans rencontrer d'hémorragies gênantes; je reconnais que cette opération est surtout commode par sa rapidité et j'en étais autrefois partisan. Mais il y a deux ans j'ai observé un cas qui m'a engagé à ne plus jamais la faire. Il se produisit chez une fillette de six ans, dans la nuit qui suivit l'opération, une hémorragie secondaire dont on ne s'aperçut pas tout d'abord parce que l'opérée avalait le sang en dormant. Je parvins néanmoins à arrêter l'hémorragie avec la pince de Broca, et l'enfant fut sauvée ; mais il est bien évident qu'elle serait morte si cette intervention avait quelque peu tardé. Et cependant dans ce cas dont j'ai gardé, on le comprend, le plus mauvais souvenir, toutes les précautions usitées avaient été prises. De plus les amygdales n'étaient pas rouges et n'avaient pas été enflammées depuis longtemps.

M. Moure ne croit pas qu'un seul insuccès puisse faire rejeter une méthode. Il demande à M. Noquet si après l'amygdalotomie il avait administré des médicaments à la malade, et sur la réponse négative M. Moure ajoute qu'il a l'habitude de prescrire le gargarisme gallo-tannique de Morell-Mackenzie ou des solutions astringentes. Il a fait grand nombre d'amygdalotomies chez l'enfant il n'a jamais eu d'hémorragies secondaires; il en est de même pour l'uvulotomie.

M. Heryng. — Des cas exceptionnels, mais pourtant signalés par des confrères distingués, prouvent, comme le fait de M. Noquet, que l'amygdalotomie peut causer des accidents graves et même la mort. J'ai observé un cas où, à cause de l'hypertrophie excessive de l'amygdale gauche, j'ai été forcé

d'opérer avec l'anse galvano-caustique. L'opération a été faite lentement et, malgré ces précautions, il s'est produit le lendemain une hémorragie tellement abondante, que la vie du malade a été en danger et qu'il en est résulté une anémie très prononcée.

Cet accident, comme un examen microscopique me l'a prouvé, tenait à la présence d'une quantité considérable de vaisseaux sanguins béants dans les tissus hypertrophiés.

Ces hémorragies qui, d'après Lefferts et Solis-Cohen, peuvent devenir mortelles, ont déterminé certains confrères à enlever les amygdales avec l'anse galvano-caustique, ou à les détruire à l'aide du galvano-cautère et du thermo-cautère.

Dans les hémorragies modérées qui paraissent après l'ablation des tonsilles, je ne conseille plus le gargarisme prolongé qui provoque les contractions du pharynx et empêche la formation des caillots, je prescris l'introduction de l'eau glacée dans l'arrière-bouche, mais en recommandant aux malades de ne pas faire de mouvements énergiques.

M. Menière a fait plus de cinq cents amygdalotomies et n'a jamais eu d'hémorragies sérieuses. Après l'opération, il badigeonne la plaie avec un pinceau imbibé de jus de citron; il obtient aussi de bons résultats de l'essence de térébenthine employée de la même façon.

M. Gellé, après un accident hémorragique grave arrivé à la suite de l'amygdalotomie faite avec la guillotine, a depuis longtemps cessé de la pratiquer. Il préfère, dans les cas légers et moyens, les cautérisations multiples si peu douloureuses faites au moyen du galvano-cautère et, dans les cas où la tumeur est volumineuse, il cautérise profondément avec le petit cautère Paquelin. Il n'a jamais eu d'accidents depuis lors.

M. Charazac. — En ce qui me concerne, je n'ai jamais eu d'hémorragie après l'amygdalotomie chez l'enfant, et, bien que l'on ne doive pas renoncer à une opération parce qu'elle

donne des insuccès, j'avoue que si j'avais le moindre accident, mon enthousiasme serait singulièrement diminué.

Chez l'adulte, je détruis les amygdales, non pas au galvano-cautère, mais au thermo-cautère, et le procédé n'est pas très douloureux ; il est fort bien supporté par le malade et l'on obtient en peu de temps la destruction de l'amygdale.

M. Noquet. — Actuellement, je détruis les amygdales de la façon suivante : je fais d'abord une application de cocaïne, puis avec un gros galvano-cautère je fais sur la tonsille des raies de feu horizontales et disposées parallèlement en étage. J'attache, s'il le faut, les enfants sur une chaise avec trois courroies solides. En quelques séances, on parvient ainsi à réduire suffisamment les amygdales. Je n'ai jamais observé aucun accident consécutif et je crois cette méthode préférable à l'ablation avec l'anse galvanique, procédé qui ne met pas autant à l'abri des hémorragies.

M. Moure fait remarquer que l'usage du thermo-cautère n'est pas sans inconvénient ; à la suite d'applications ignées, il survient parfois des phlegmons péri-amygdaliens ou retro-pharyngiens, accidents aussi graves que les hémorragies.

M. Schiffers. — Il faut toujours recommander au malade de prendre de la glace pendant les deux jours qui suivent l'opération ; de plus, le sujet doit être mis à la diète et ne doit pas avaler de sang ; autrement le sang ira bientôt s'accumuler dans l'estomac et ne tardera pas à produire des nausées, des vomituritions qui par action mécanique auront souvent pour effet de favoriser l'ouverture de petits vaisseaux, et d'amener la chute des escharres consécutives. C'est là une des causes les plus fréquentes des hémorragies qui surviennent, un ou plusieurs jours après l'opération.

OBSERVATION D'UN CAS DE CÉPHALÉE QUOTIDIENNE DATANT DE DEUX ANS, GUÉRIE PAR LA CAUTÉRISATION NASALE ET L'ABLATION DES MASSES ADÉNOIDES

Par le Dr **MÉNIÈRE**.

Chacun sait que les affections du nez et du pharynx nasal ont une grande importance dans la pathogénie de certaines maladies des oreilles.

Mais, en outre, les masses adénoïdes et la rhinite hypertrophique avec épaississement et décollement de la muqueuse des cornets, entraîne assez souvent l'inflammation consécutive des divers sinus de la région, qui est la cause d'états pathologiques variés.

Qui de vous n'a pas soigné et guéri des enfants chez lesquels se manifestaient des symptômes généraux d'une certaine gravité, tels que céphalée intermittente ou continuelle, atonie générale, modifications profondes dans la santé habituelle, dont certains médecins oublient de rechercher les causes, ou veulent les trouver là où elles n'existent pas. Je ne parle ici que pour mémoire de la malformation du thorax due à une respiration insuffisante, malformation qui a de grands inconvénients.

Le cas dont je vais vous entretenir ne doit pas être unique, j'en suis sûr, mais il est tellement net que je le crois intéressant.

Observation. — Le 31 août 1887, on m'amène M. de X..., jeune garçon de neuf ans, assez grand pour son âge. Dès son entrée, son aspect me parut singulier. Le facies est gris jaunâtre, les yeux cernés, les paupières à demi-tombées, comme s'il craignait la lumière, la bouche entr'ouverte ; sa démarche est lente ; il semble brisé, fatigué, hébété, et s'assied comme s'il était à bout de forces.

Voici son histoire racontée par ses parents avec force détails, que j'abrégerai autant que possible.

« Notre fils est dans un état lamentable. Depuis le mois
» d'octobre 1885, il est sujet à des maux de tête qui le pren-
» nent d'ordinaire vers 11 heures ou midi et durent au
» moins deux heures quand ce n'est pas 3, 4 ou 5 heures.

» Il lui est impossible, malgré toute sa bonne volonté et
» nos exhortations jointes à celles de son précepteur, de se
» livrer au moindre travail.

» Il dort mal, joue avec peu d'entrain, mange à peine, et
» semble toujours fatigué.

» Notre médecin ordinaire l'a traité par toutes les médica-
» tions possibles : sulfate de quinine, bromure de potassium,
» huile de foie de morue, sirop iodé. Au bout de quelques
» mois, ne voyant aucun changement, nous avons appelé en
» consultation un médecin éminent. On l'a examiné avec le
» plus grand soin : la poitrine, le cœur, ont été auscultés sans
» qu'on pût trouver la moindre lésion pouvant expliquer
» les phénomènes. On conseilla le bord de la mer, où nous
» allâmes pendant six semaines.

» A la fin de 1886, plus de quatorze mois après le début
» des accidents, l'état était toujours identique ; il y avait
» encore même un peu d'aggravation. Le matin, dès son lever,
» l'enfant avait la tête lourde, des malaises fréquents et,
» toujours, vers midi, les mêmes douleurs de tête, dans la
» région frontale.

» Une nouvelle consultation eut lieu en 1887. On essaya
» différentes médications : hydrothérapie, exercice au grand
» air ; puis sulfate de quinine à hautes doses ; bromure de
» potassium à hautes doses. Rien n'y fit.

» Les médecins ne savaient à quoi attribuer cet état
» d'affaissement général que rien ne pouvait expliquer.

» On nous engagea à partir à la campagne, dès le prin-
» temps, en défendant tout travail.

» J'ai loué, il y a quatre mois, une maison aux environs de
» Paris, dans une région très aérée. Sauf de très rares répits,
» l'état est le même.

» Le vieux médecin de la localité qui venait de temps à
» autre examiner notre petit malade, voyant à la fin grandir

» nos inquiétudes, nous conseilla de le conduire à un spécia-
» liste, afin, nous dit-il, de s'assurer *s'il n'y a pas quelque*
» *chose du côté du nez, car il lui paraît embarrassé.*

» Nous venons vous demander votre opinion. »

J'examinai avec soin ce jeune enfant, et quelques minutes après mon diagnostic était fait.

Des masses adénoïdes remplissaient le pharynx nasal. Il y avait en outre une rhinite hypertrophique considérable et des amygdales assez volumineuses, mais depuis peu de mois.

Je ne pus m'empêcher de réserver prudemment mon opinion quant au pronostic, car j'avais eu l'occasion de voir quelquefois des céphalées assez fortes être causées par ces diverses lésions; mais il ne m'avait pas été donné d'observer des douleurs de tête quotidiennes, remontant à plus de 23 mois, sans arrêt.

Après avoir énuméré aux parents l'ensemble des opérations nécessaires qui ne pouvaient qu'améliorer l'état et peut-être amener la guérison, je résolus, séance tenante, de mettre deux pointes de feu, avec le galvanocautère, sur chacun des cornets inférieurs hypertrophiés, espérant obtenir de suite un petit résultat.

Mes espérances furent dépassées.

Du 31 août au 3 septembre, l'enfant n'eut qu'un peu de lourdeur de tête, sans céphalée. Le 3, une heure de mal de tête. Le 4, je renouvelai les pointes de feu, et 8 jours après, le 11 septembre, il ne ressentait plus de douleur.

Je commençai alors de suite l'ablation des masses adénoïdes que je fis en quatre séances, tous les huit jours, et je continuai, dans l'intervalle, l'emploi de la galvanocaustique sur les cornets.

Au commencement d'octobre, l'enfant se sentait renaître. Je le revis tous les mois.

Il est rentré au collège en novembre 1887, et, depuis les opérations pratiquées, *jamais* il n'a eu le moindre mal de tête. La physionomie a repris l'aspect normal que doit

avoir un enfant de son âge qui n'est frappé d'aucune diathèse ; son intelligence a repris son vol, et l'économie toute entière fonctionne admirablement.

Réflexions.—Nous avons tous vu des cas ressemblant dans une certaine mesure à celui qui fait le sujet de cette observation.

Mais je crois qu'il est bien rare de rencontrer une céphalée quotidienne durant près de deux ans et entraînant avec elle des accidents généraux de telle nature que la famille regardait l'enfant comme s'acheminant vers une issue fatale.

Tous les traitements mis en œuvre par des confrères de grande valeur n'amenèrent aucun changement dans cet état grave.

Je crois superflu de me lancer dans les déductions pathologiques que pourrait comporter un pareil sujet. Les données anatomiques et physiologiques ne sont même plus en discussion, et vous les avez présentes à l'esprit.

Je me contenterai d'insister sur trois points essentiels.

Ma première remarque a trait à l'influence de lésions, relativement peu graves, des sinus sur la santé générale de jeunes sujets, dans des conditions qui surprennent les cliniciens les plus expérimentés.

La présence des masses adénoïdes et l'hypertrophie de la muqueuse des cornets sont les deux facteurs principaux qui dominent la situation.

Le second point intéressant est l'effet surprenant obtenu par la galvano-caustie.

Il est évident qu'une médication qui modifie profondément l'état congestif des sinus de la région amène une sédation marquée des accidents et entraîne le plus souvent la guérison.

Dans le cas observé par moi, le résultat de l'emploi des pointes de feu a été presque instantané.

L'ablation des adénoïdes a achevé ce que la galvanocaustie avait si bien commencé.

Enfin, je termine en appelant l'attention des médecins sur l'importance capitale d'un examen approfondi des cavités nasales et naso-pharyngiennes, lorsqu'on se trouve en présence de symptômes généraux d'une certaine gravité, surtout lorsque ceux-ci ne peuvent être expliqués par des lésions d'autres organes.

Ne voyons-nous pas souvent, dans le même ordre d'idées, des médecins intelligents croire à des affections cérébrales au début, chez des enfants dont la maladie paraît suivre une voie anormale, alors qu'il s'agit simplement d'une affection inflammatoire de l'oreille moyenne, qui passe inaperçue parce qu'on n'a pas pensé à regarder le conduit auditif?

Nous le disons dans nos travaux, nous le répétons tous les jours, et tous les jours nous voyons les mêmes faits se reproduire, sans qu'on veuille paraître tenir compte de l'expérience acquise par des confrères qui se sont voués aux études spéciales.

ABCÈS AIGU DE LA CLOISON DES FOSSES NASALES

par le Dr E. J. MOURE.

Il suffira de consulter les travaux publiés sur les maladies des fosses nasales, ou les traités consacrés à l'étude des affections de cette région pour se convaincre de la rareté des faits analogues à celui que je vais avoir l'honneur de vous soumettre, et que je vais tout d'abord vous exposer.

Observation. — Il s'agit d'une jeune fille de vingt-trois ans, habitant les environs de Bordeaux, qui vint me consulter, le 20 avril 1887, pour un affaissement du dos du nez datant, me dit-elle, de vingt jours seulement. A cette époque, après une promenade en voiture découverte par un temps froid, elle ressentit le lendemain les signes habituels d'un

coryza aigu, s'annonçant comme intense. En effet, elle fut prise de frisson, de fièvre violente, de douleurs frontales des plus vives, douleurs s'irradiant au niveau de la région fronto-orbitaire; en même temps la peau du nez devenait rouge, enflammée, douloureuse au toucher, et la muqueuse commençait à faire une saillie appréciable à l'orifice des narines par l'examen de cet organe. L'état général était mauvais, l'appétit nul. Le médecin traitant prescrivit d'abord l'emploi de cataplasmes à la racine du nez et de purgatifs salins à l'intérieur. Les symptômes allant en augmentant d'intensité, la fièvre étant toujours ardente, la face tuméfiée et rouge, l'on pensa à l'existence d'un érysipèle et la malade fut soignée en conséquence. Deux ou trois jours après, la respiration nasale étant à peu près impossible à cause du gonflement de la muqueuse qui venait presque faire hernie à l'orifice des narines, la jeune fille moucha une matière épaisse mélangée de sang; aussitôt après l'expulsion de ces matières putrides et sanieuses, l'amélioration commença à se produire rapidement et, dix à douze jours après le début de l'affection, la muqueuse commençait à reprendre son aspect normal, lorsque la famille s'aperçut que la ligne du nez jusque-là fort droite et très nette, devenait moins régulière et s'affaissait au-dessous des os propres. Cette déformation s'accentuant de plus en plus, elle vint alors me consulter.

L'aspect de la jeune fille, brune, vigoureuse, quoique un peu lymphatique, est le suivant. A l'examen extérieur de l'organe, je constate, au-dessous des os propres du nez, une dépression très accentuée, due à l'affaissement de la cloison à ce niveau. Cette lésion, très visible de face, est bien plus marquée lorsqu'on regarde la jeune fille de profil. La région est encore un peu douloureuse au toucher.

A l'examen des fosses nasales antérieures, en relevant simplement la pointe du nez en haut, je constate l'existence de deux saillies, lisses, rouge-rosées, globuleuses, hémisphériques, sessibles en dedans sur la cloison, c'est tout simplement la muqueuse pituitaire, encore tuméfiée et formant les bourrelets dont j'ai déjà parlé. La lumière du

conduit nasal se trouve, par ce fait, notablement diminuée. Poussant plus loin mon investigation avec le rhinoscope, je constate simplement de la rougeur et un peu de gonflement de la muqueuse qui recouvre le septum; celle des cornets est saine. L'attouchement avec le stylet est un peu douloureux au niveau de l'échancrure dans laquelle je ne peux pénétrer. La cloison n'est perforée dans aucune de ses parties.

Malgré tous mes soins et toutes mes demandes, rien dans les antécédents de la malade ne me semble suspect, et je ne trouve d'autre cause que le refroidissement pour expliquer l'apparition de cette lésion.

Je conseille comme traitement l'emploi de douches nasales alcalines, me proposant de réduire la muqueuse saillante, avec le galvano-cautère, au cas où elle ne reprendrait pas sa position normale. Je prescris à l'intérieur un régime tonique.

Huit jours plus tard, je revois la malade et constate une amélioration sensible du prolapsus; la membrane de Schneider diminuant de volume, tend à recouvrir exactement la cloison. Le traitement est continué, et la malade fait construire, sur mes indications, un petit appareil redresseur, qu'elle appliquera elle-même pour essayer d'éviter la déformation nasale.

Je revois la malade à divers intervalles, mais, comme il fallait s'y attendre, l'affaissement du dos du nez a persisté sans augmenter, la muqueuse a repris son aspect normal. Aujourd'hui, résignée à supporter cette déformation contre laquelle il eût été difficile de lutter, la jeune fille a cessé tout traitement local.

Remarques. — D'après l'exposé de cette observation, il me paraît difficile de discuter le diagnostic de la lésion, car les symptômes présentés par la malade et surtout la marche rapide, aiguë, de l'affection ne permettent de songer qu'à un abcès de la région, dont le siège est révélé par la difformité consécutive. Ce qui constitue surtout le point intéressant de ce fait, c'est l'influence du

froid, qui seul ici peut être mis en cause pour expliquer l'apparition du mal. Tous les auteurs, et moi-même dans mon manuel des maladies des fosses nasales, sommes en effet d'accord pour admettre l'influence nette des traumatismes sur la production des abcès de la cloison, mais aucun de nous ne cite le froid comme susceptible de produire, à lui seul, une inflammation assez violente pour qu'un abcès du fibro-cartilage en soit la conséquence. C'est donc à ce titre surtout que j'ai cru devoir publier ce fait.

Quant aux symptômes, ils n'ont présenté rien de bien spécial daus ce cas, et l'on peut même dire que la maladie a évolué d'une manière absolument classique.

On procède à l'élection du Comité pour 1888-89. Sont nommés :

Pour Paris :	MM.	Gellé.
		Gouguenheim.
		Miot.
Pour la Province :		Aigre (de Boulogne).
		Noquet de Lille).
Pour l'Étranger :		Berger (de Graetz).
		Schiffers (de Liège).

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, rue Cabirol, 16